UNIVERSITE DE PARIS

346

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Samuel MÉLAMET

Né à Lemberg, le 10 Mars 1885

Ancien externe des Hôpitaux — Médaille de Bronze de l'Assistance publique

---

DES SURVIES PROLONGÉES

après la Gastro-Entérostomie

pour Sténose Cancéreuse du Pylore

Président : M. le Professeur PIERRE DELBET

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Pierre DELBET

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Gaston LION

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Docteur LEJARS

Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Docteur SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Professeur BERGER *(in memoriam)*

Monsieur le Docteur BONNAIRE

Professeur agrégé, Accoucheur de la Maternité

Monsieur le Docteur LENORMANT

Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Au cours de notre année d'externat dans le service de M. Lion (1909-10), nous eûmes la surprise de revoir à plusieurs reprises un malade que nous avions connu en 1906, comme bénévole.

Notre étonnement était légitime car nous savions que cet homme avait été gastro enterostomisé en 1905 pour un cancer du pylore inextirpable : sa survie si prolongée était donc vraiment extraordinaire.

C'est ce malade, — mort à la fin de 1909, — qui a été le point de départ de ce petit travail.

Sur les conseils de notre maître M. Lion, nous avons recherché, dans la littérature médicale, quelle était la fréquence des survies prolongées après une gastro-entérostomie pratiquée pour une affection néoplasique de l'estomac, et en particulier, pour une sténose cancéreuse

du pylore ou diagnostiquée telle, jusqu'où cette survie pouvait aller et comment il était possible d'interpréter ces faits.

Dans ce but, nous nous sommes attachés à reprendre tout ce qui avait été dit sur cette question, à retrouver et à grouper les cas de longue survie publiés ou simplement cités par les auteurs.

La liste des survies prolongées que nous avons pu ainsi dresser, est fort incomplète, car il est de nombreuses observations qui ont dû nous échapper. Si cependant nous sommes arrivés à montrer par cette récapitulation que ces faits sont loins d'être aussi rares qu'on le pense — c'est là toute notre ambition, — nous n'aurons pas fait un travail tout à fait inutile...

Parmi les observations que nous avons pu réunir, il en est quelques unes qui intéressent le cancer de la petite courbure ; cependant dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'un néoplasme du pylore. C'est donc la sténose cancéreuse du pylore qui nous retiendra surtout ici.

Le plan que nous suivrons est simple. Nous ferons tout d'abord un aperçu rapide de la survie après la gastro-entérostomie considérée d'une façon générale, en insistant toutefois un peu, sur la survie moyenne. Nous aborderons ensuite l'étude de la survie prolongée. Dans la première partie de ce chapitre nous traiterons des cas où le diagnostic de cancer repose sur des données incontestables : l'autopsie et le plus souvent aussi l'examen histologique de la pièce ; dans la seconde,

nous nous occuperons des cas où le diagnostic paraît douteux : nous rechercherons quelles sont les affections qui auraient pu être confondues avec le cancer, nous essaierons enfin de tirer de tous ces faits quelques conclusions pratiques au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

*
* *

Que M. le Dr Lion dont nous avons d'abord suivi le service comme bénévole et qui nous a fait le grand honneur de nous garder comme externe, veuille bien agréer l'hommage respectueux de notre gratitude pour la bienveillance qu'il n'a pas un instant cessé de nous témoigner depuis le commencement de nos études médicales. Ce que nous savons, nous le devons à la clarté de son enseignement, si riche en idées générales et si fertile en conseils précis.

Qu'il veuille bien aussi accepter nos remerciements les plus sincères pour nous avoir confié ses observations et avoir bien voulu nous guider dans la rédaction de ce travail.

De la survie après la gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac

La durée de la survie après la gastro-entérostomie pour une affection cancéreuse de l'estomac est des plus variables.

Si dans la grande majorité des cas la survie ne dépasse pas quelques mois, il en est cependant où le malade a pu vivre beaucoup plus longtemps, parfois plusieurs années après l'intervention.

Schonholzer publiant une statistique de 74 gastro-entérostomies pour cancer, faites par Kronlein, distingue parmi les 55 guérisons : des « résultats médiocres », avec une survie moyenne de 64 jours : des « beaux résultats » avec une survie moyenne de 141 jours ; enfin, des « très beaux résultats », avec une survie moyenne de 410 jours.

Ces chiffres sont actuellement des plus insuffisants ; il n'est plus permis de parler aujourd'hui des beaux résultats pour une survie de 141 jours, ni de très beaux

résultats pour 410 jours de survie moyenne ou même de 600 jours, pour prendre le meilleur cas de Schonholzer.

En nous basant sur des statistiques plus récentes, nous pouvons diviser les résultats de la gastro-entérosmie d'après la longueur de la survie, en 3 groupes : le premier groupe contenant les cas où la survie après l'intervention a été insignifiante ;

Le second ceux où la durée de la survie a été moyennement longue ;

Le 3e englobant les longues survies proprement dites ou survies prolongées ;

Le premier groupe ne nous retiendra pas beaucoup. Il comprend les malades qui ne bénéficient après la gastro-entérostomie que d'une survie de 1-2 mois. Il s'agit de cas désespérés, avec tumeur très étendue, ordinairement ulcérée, avec état général très mauvais, venus trop tard aux mains du chirurgien. D'autre part, il faut tenir compte ici de ces cancers à évolution très rapide dont parle Stumpf et « dont nous pouvons à peine espérer arrêter la marche. »

Le 2e groupe est plus intéressant : il comprend les faits où dépassant 2 mois, la survie atteint 5, 8, 12, 15, 18, 20, 22 mois même.

Les survies d'une année et au-delà sont assez fréquentes. Schonholzer lui-même en compte 17 sur 55 guérisons

Czerny, sur 203 gastro-entérostomies a 121 survies de plus d'un an.

17 des 24 opérés de Lauwers, exactement la moitié, vivent au moins un an, 8, près du quart, au moins 2 ans.

Sur les 11 gastro-entérostomisés de M. Lion dont Vinceneux rapporte l'histoire, 2 ont vécu près d'un an, 4 plus d'un an et demi, à savoir : l'un, 1 an 9 mois 1/2, un autre, 1 an 10 mois, le 3e est mort au bout de 4 ans 7 mois, le dernier enfin vit encore 8 ans après l'opération.

Ces chiffres permettent à M. Lion de dire que la survie après la gastro-entérostomie est de 1 à 20, 22 mois.

Cependant, si l'on tient compte des chiffres extrêmes, des résultats peu favorables et des améliorations très longues, la survie moyenne après la gastro-entérostomie pour un rétrécissement cancéreux du pylore, paraît osciller actuellement entre 6 et 8 mois.

C'est ainsi que M. Hartmann indique une survie moyenne de 6 à 6 mois 1/2 ; — Montprofit, 6 à 7 mois ; — Jaboulay, 7 mois ; — Tixier, 8 mois.

En Allemagne (1) :

Angerer, 8 mois ; — Braun, 7 mois 1/2 ; — Brunner, 5 mois 1/2 ; — Czerny, 7 mois 1/2 ; — Hildebrand, 6 mois 1/2 ; — Korte, 6 à 9 mois ; — Kronlein, 6 mois 1/2 ; — Kümmel, 6 mois 1/2 ; — V. Mikulicz, 6 mois 2/5.

Kocher (2), de Berne, a une survie moyenne de 7 mois 1/2 (Gilli), Roux, de Lausanne, 6 mois 1/2 à 7

(1) D'après Seldovitch.

(2) id. id.

mois 1/2 ; v. Eiselsberg, de Vienne, 6 mois ; les frères Mayo, 6 mois.

A côté de ces données si concordantes, la moyenne de Lauwers, 14 mois, paraît bien élevée. « Cela tient, dit-il, au choix des cas, en ce sens qu'entraîné par des résultats inespérés, j'ai probablement donné la préférence à la méthode palliative dans quelques cas où d'autres eussent pratiqué la résection du pylore ; en cet autre sens, que je me suis appliqué avec soin à ne recourir à la gastro-entérostomie que dans les seuls cas où il existait de la stase gastrique ».

De tous ces chiffres nous retiendrons donc que la survie après la gastro-entérostomie varie de 1 à 20, 22, 24 mois même ; mais qu'en moyenne elle est de six à huit mois.

Il existe cependant comme nous l'avons déjà dit, des cas où la survie est vraiment surprenante ; on a signalé des malades vivants 4, 5, 6, 8 ans et plus même après une gastro-entérostomie pratiquée pour une sténose du pylore, diagnostiquée cliniquement et sur la table d'opération de nature cancéreuse. Ces cas bien qu'exceptionnels ne sont toutefois pas très rares. Ils forment la classe des longues survies ou survies prolongées proprement dites ; nous allons les étudier dans le chapitre suivant.

De la survie prolongée

Une première question se pose : à partir de quelle date peut-on parler de survie prolongée ? Il est malaisé de le dire d'une façon précise.

Nous avons vu que la survie moyenne était de 6—8 mois, qu'assez souvent elle pouvait aller jusqu'à un an, un an et demi même. Par contre, les survies plus longues, les survies de 2 ans et plus sont relativement rares et partout où de tels faits sont cités, les auteurs parlent de résultats anormaux, extraordinaires.

C'est à ce chiffre que nous nous arrêterons, et chaque fois qu'un gastro-entérostomisé aura atteint 2 ans, nous dirons qu'il y a survie prolongée.

Survies depuis 2 ans et plus

Alsberg, un cas de 3 ans 5 mois
W. Bettmann (1), un cas plus 2 ans.
Billroth (2), un cas de 5 ans.
V. Bramann (Sachtleben), un cas de 3 ans 9 mois.
Braun (Creite), un cas de 2 ans 8 mois.
Chavannaz, un cas de 6 ans.
Czerny, un cas de 8 ans 7 m.
» » 8 ans.
» » 4 ans 6 m.
» deux cas 3 ans 4 mois.
Dancel (clinique Czerny), un cas de 14 ans.
Delbet, un cas plus 2 ans.
Dreydorff (clin. Czerny), un cas de 9 ans.
V. Eiselsberg, un cas de 7 ans.
Engelken (clin. Czerny], un cas de 2 ans 8 mois.
Ewald (3), un cas de 3 ans.
Godart-Danhieux, un cas plus 5 ans.
» un cas de 2 ans.
A. Guinard, un cas de 3 ans.
Hahn, un cas de 7 ans.
Hartmann, un cas de 2 ans 1/2.
Hildebrand [Seldowitch], un cas de 3 ans 7 mois 1/2.
Israël (4) un cas de 5 ans.
Kappeler, un cas de 2 ans.
Kausch, un cas de 2 ans 3 mois.
» un cas de 2 ans 2 mois.
Kindel, un cas de 4 ans.
» 3 cas de 3 ans.
Kocher, un cas de 9 ans.
Kolbé, un cas de 2 ans 6 mois.
« un cas de 2 ans.
Konig, un cas de 3 ans.
Kümmel (Ringel) un cas de 6 ans
Kümmel, un cas de 5 ans 1/2.
» un cas de 2 ans 2 m.
Lapeyre, un cas de 5 ans.
» un cas de 4 ans 3 m.
» un cas de 2 ans 8 m.
Lauwers, un cas de 4 ans.
» un cas de 3 ans.
» 6 cas de 2 ans.
Lion, un cas de plus de 8 ans.
» un cas de 4 ans 7 mois.
Lücke, un cas de 3 ans 6 m.
» un cas de 3 ans.
Marwedel, un cas de 7 ans 6 m. (Cl. Czerny.)
Mikulicz, un cas de 2 ans 1/4.
Mizokuchi, un cas de 5 ans.
» un cas de 3 ans.
Montprofit, un cas de 4 ans.
» un cas de 3 ans.
Mündler, un cas de 6 ans 1/2. (Cl. Czerny.)
Nordmann, un cas de 5 ans 4 m. (Cl. Korte.)
» un cas de 5 ans.
» un cas de 2 ans 4 m.
Petersen, un cas de 4 ans 2 m. (Cl. Czerny.)
Rosenheim, un cas de 3 ans.
» un cas de 2 ans 1/4.
Rydygier (6), un cas de 4 ans.
» un cas de 2 ans 2 m.
Steudel, un cas de 5 ans. (Cl. Czerny.)
» un cas de 2 ans 2 m.
Strauss, un cas de 3 ans 3 m.
Tixier (7), un cas de 2 ans 6 m.
Trouilleur, un cas de 3 ans 1/2.
Vœlcker, un cas de 2 ans 4 m. (Cl. Czerny.)
Wolfler, un cas de 2 ans 1/4.
Ziegler (8), un cas de 2 ans 1/2.

---

1 D'après Revue de Chirurgie 1910, tome 1, p.121.
2 » A Guinard.
3 » Hartmann.
4 » Katzenstein.
5 D'après Hartmann.
6 Id.
7 In thèse Bressot.
8 D'après Seldowitch.

Ce tableau est forcément incomplet, de nombreux faits ont du nous échapper, d'autre part, il est propable que tous les cas de longue survie n'ont pas été publiés ; il suffit cependant à nous montrer que la survie après la gastro-enterostomie pour une tumeur diagnostiquée de nature cancéreuse, peut être parfois excessivement longue.

Ces 76 cas se décomposent comme suit : une survie de :

2 — 3	ans	est	indiquée	38 fois
3 — 4	«	«	«	13 «
4 — 5	«	«	«	9 «
5 — 6	«	«	«	6 «
6 — 7	«	«	«	3 «
7 — 8	«	«	«	2 «
8 — 9	«	«	«	4 «
14	«	«	«	1 «

Le siège de la tumeur est précisée dans 50 de ces cas : elle était située 43 fois sur le pylore et 7 fois sur la petite courbure.

Comment expliquer ces faits ? Comment admettre même qu'une survie prolongée soit possible après une intervention palliative telle que la gastro-enterostomie ?

Que dans un cas de cancer bien limité, avec peu ou pas de ganglions carcinomateux, pas d'adhérences, le malade après la pylorectomie puisse vivre de nombreuses années sans récidive, que cette survie puisse atteindre 7, 10, 11, 12 ans, 16 ans même, comme dans un cas de Kocher, cela se conçoit à la rigueur : tous les tissus,

pathologiques ont été largement excisés, les ganglions extirpés, — ce sont de véritables guérisons, exceptionnelles, mais logiquement possibles. Mais dans les cas qui nous intéressent, les conditions sont tout autres : si le chirurgien a du se contenter de pratiquer une opération palliative, c'est que justement la tumeur par sa diffusion et ses adhérences lui parut inextirpable, ou encore parce que le malade se trouvait dans un état de déchéance organique tel que toute intervention radicale eut été dangereuse. Or, à quoi peut prétendre la gastro-entérostomie ? Peut-elle faire plus que soulager le malade, et cela pour un temps relativement court, comme le montrent les statistiques, et lui permettre de mourir sans souffrances trop vives ? Et comment admettre que cette tumeur à laquelle on n'a pas touché, puisse avoir, si elle est réellement de nature maligne, une évolution si lente ? « Ces faits doivent reposer sur un diagnostic erroné, on a du prendre pour un cancer ce qui n'était qu'une tuméfaction bénigne », c'est là l'avis de la plupart des auteurs.

« On peut se demander si dans ces cas, dit M. Hartmann, le diagnostic est exact, si on n'a pas pris pour un cancer un ulcère calleux formant tumeur. »

El Lambotte : « Les cas de cancer guéris après la gastro-entérostomie, ne sont probablement que des tuméfactions inflammatoires développées autour d'un ancien ulcère. »

Mieux, les chirurgiens qui ont publié de tels cas, se mettent à douter eux-mêmes de leur diagnostic opéra-

toire devant cette évolution anormale et admettent pour la plupart, qu'ils ont du prendre pour un cancer ce qui n'était qu'une tuméfaction inflammatoire. C'est ainsi que Montprofit parlant de 2 de ses opérés qu'il avait classés parmi les cancereux et qui vivaient encore l'un 3 ans, l'autre 4 ans après l'intervention, dit « la survie dans le cancer est rarement aussi longue, je vais être obligé de les déclasser. »

Au sujet d'un de ses opérés qui vivait encore 30 mois après la gastro-entérostomie, Tixier dit de même : « il s'agit probablement d'une erreur de diagnostic ».

Et Chavannaz à propos de son malade « la disparition de tous les accidents et la survie, — 6 ans, — montrent bien qu'il ne s'agissait pas d'un cancer du pylore, mais d'un simple rétrécissement fibreux ».

Mais alors, faut-il donc rejeter en bloc tous les cas de survie prolongés publiés jusqu'ici ? Et dirons-nous parce qu'un gastro-enterostomisé aura une survie anormalement longue qu'il est sûrement porteur d'une tumeur non maligne ? Ce serait aller trop loin.

L'examen de ces survies prolongées montre que l'on peut distinguer dans les cas publiés 2 catégories de faits : les uns, où le diagnostic de cancer repose, quoique on en ait dit, sur des bases irréfutables : l'autopsie du malade et l'examen histologique de la pièce ; les autres, dans lesquels la nature maligne de la sténose n'est pas prouvée, où le diagnostic paraît erroné.

Nous les étudierons successivement.

I. Survie prolongée. — Cancer avéré. — Nous avons pu retrouver dans la littérature médicale 5 observations avec examen nécropsique, nous y ajoutons une 6e due à l'obligeance de notre maître, M, Lion. Dans ces 6 cas le malade a survécu :

5 ans. — (Nordmann).
4 ans 7 mois. — (M. Lion).
3 ans 7 mois 1/2. — (Trouilleur).
3 ans 5 mois. — (Alsberg). (1).
3 ans 3 mois. — (Strauss).
2 ans 4 mois. — (Nordmann).

Voici ces observations :

OBSERVATION I (2) (Due à l'obligeance de M. Lion).

Néoplasme du pylore. Gastro-entérostomie. Survie 4 ans 7 mois, autopsie

G..., mégissier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Rostan, lit n° 9, le 2 mai 1905.

Antécédents. — Père mort de fluxion de poitrine ; mère

(1) C'est par erreur que les auteurs français parlent d'un cas d'Ahlsfeld, c'est Albserg qu'il faut lire.

(2) La première partie de cette observation a paru dans la thèse de Vincenoux, la seconde est inédite.

morte de cause inconnue. A eu cinq frères et sœurs qui sont tous morts ; l'un est mort de hernie étranglée, un autre d'entérite chronique, les trois autres de cause inconnue.

Cet homme ne se rappelle pas avoir été malade dans sa jeunesse. Il a fait son service militaire en partie pendant la guerre de 1870, en partie en Afrique, où il eut les fièvres. Puis il se maria et eut deux filles dont l'une est morte à 4 mois, de bronchite, l'autre est vivante, anémique ; la mère est vivante et bien portante. Jusqu'à l'âge de 45 ans il n'eut aucune maladie. Il buvait alors un à deux litres de vin par jour, et très peu, dit-il, d'alcool ou d'apéritifs. A 45 ans il eut une bronchite qui dura 4 mois. A partir de ce moment, sa santé parut commencer à s'altérer ; il avait encore de bonnes digestions, un appétit satisfaisant, mais des diarrhées fréquentes. A 53 ans, il eut une pleurésie du côté gauche, soignée chez lui sans ponction. Puis rien de particulier jusqu'à l'âge de 56 ans. Depuis un an environ le malade se plaignait parfois de douleurs qu'il qualifie de crampes d'estomac, survenant le plus souvent à jeun et la nuit ; en même temps s'établissait une diarrhée persistante.

Maladie actuelle. — Il y a quatre mois, ces crampes firent trêves, mais après avoir mangé, le malade avait des renvois très aigres, agaçant les dents. La diarrhée persistait, mais le malade observa que ses matières devenaient très noires, comparables dit-il, à du marc de café. Il y a deux mois, il subit une opération pour hydrocèle : à la suite de cette opération se manifesta une certaine amélioration de l'état général, qui lui permit de reprendre son travail. Mais depuis un mois survinrent 3 heures environ après les repas, de très vives douleurs au niveau de la région épigastrique. Ces douleurs étaient

en général suivies de grands vomissements très acides, qui amenaient un soulagement immédiat. En même temps, l'appétit devenait de plus en plus faible, prenait un caractère électif : il avait un dégoût absolu pour le vin, les viandes et les graisses. Une constipation opiniâtre succède à la diarrhée. Le malade vomit tout ce qu'il prend, il perd ses forces et maigrit rapidement. C'est en cet état qu'il entre à l'hôpital.

Examen. — Le malade est de taille moyenne, amaigri, le faciès ridé, les pommettes rouges et les yeux excavés. Les conjonctives sont décolorées. La teinte générale des téguments est jaunâtre, terreuse.

Du côté de l'appareil digestif, les symptômes fonctionnels sont les suivants : vomissements quotidiens, — le malade ne peut rien garder, — ces vomissements, sont glaireux, très acides, d'une odeur forte et désagréable ; appétit nul, dégoût pour les viandes et les graisses ; constipation. Il n'y a de douleurs qu'après ingestion d'aliments. Le malade remarque que son ventre est ballonné le soir.

La langue est blanchâtre, un peu sèche. La dentition est mauvaise, la plus grande partie des dents supérieures fait défaut.

Il y a une légère distension épigastrique, et, après excitation de la paroi, on observe des mouvements péristaltiques très nets.

L'estomac clapote au niveau de l'ombilic ; on sent très nettement au doigt ses limites inférieures.

Il y a du tympanisme à la partie supérieure.

La douleur à la palpation est nettement localisée sur le milieu et à droite d'une ligne allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic : à ce niveau on sent une tumeur ovoïde dont l'extrémité inférieure est à deux travers de doigt au-dessus de

l'ombilic et qui de là remonte vers la ligne médiane et vers les fausses côtes droites.

Le ventre est souple dans toute son étendue, on trouve à la palpation de petites masses fécales dans la fosse illiaque gauche,

Le foie commence à la 7e côte et ne déborde pas le rebord costal.

La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Il n'y a rien d'anormal du côté des appareils circulatoire et respiratoire.

Les urines sont hautes en couleur, peu abondantes.

Additionnés d'àcide nitrique, elles montrent un petit anneau d'acide urique et un fort disque d'albumine. Elles contiennent des pigments biliaires, pas de sucre.

Rien de particulier du côté des réflexes et de la sensibilité générale ou spéciale.

Le malade n'a pas de fièvre, le pouls est à 80.

Il est mis au régime lacté, mais vomit tout ce qu'il prend.

Chimisme. — Le liquide extrait à jeun, est assez abondant, 168 centimètres cubes ; il dépose un faible culot où l'on ne remarque aucun aliment visible à l'œil nu. Au microscope, fibres musculaires, grains d'amidon. Le malade a vomi avant de venir se faire tuber, il dit avoir vomi du lait.

A jeun :

A=0.211	T=0.489
H=0.015	F=0.277
C=0.197	α=0.99
H+C=0.212	T/F=1.76

Syntonine, présence légère. Peptones peu abondantes. Acide lactique, néant. Fermentation acétique.

60 minutes après le repas d'Ervald :

A=0.124	T=0.321
H=0.000	F=0.262
C=0.059	L=2.10
H+C=0.059	T/F=1.12

Volume : 262 centimètres cubes, Présence de syntonine. Traces de peptones. Réaction lactique, légère. Réaction acétique, prononcée.

8 mai. — Le malade a du être nourri par des lavements alimentaires, il vomissait tout ce qu'il prenait.

Il commence à pouvoir tolérer un peu de lait.

Opération le 12 mai 1905 par MM. Terrier et Gosset. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Néoplasme du pylore avec noyau secondaire dans le côlon transverse et petits noyaux dans le petit épiploon.

Gastro-entérostomie postérieure simple. Durée 31 minutes.

Fermeture méthodique de la paroi.

10 juin 1905. — Le malade est revu, il paraît manifestement amélioré. Les fonctions intestinales sont régulières et les douleurs ont disparu. Le malade se dit capable de pouvoir reprendre bientôt son travail. Poids, 63 kilogrammes.

12. — Le malade est tubé à jeun : on retire quelques centimètres cubes d'un liquide bilieux de réaction neutre, sans résidus alimentaires visibles à l'œil nu.

60 minutes après le repas d'épreuve :

A = 0.065	T = 0.357
H = 0.000	N = 0.306
C = 0.051	α = 1.27
H + C = 0.051	T/F = 1.16

Quantité de liquide, 18 centimètres cubes, très bilieux sans traces d'aliments ; traces de syntonine. Pas de peptones. Réaction lactique.

29 mai 1906. — Le malade revient nous voir ; il raconte qu'après avoir quitté l'hôpital il a repris aussitôt son métier de mégissier et qu'il est resté en parfaite santé jusqu'à il y a trois mois. A partir de ce moment il a éprouvé des malaises assez fréquents qui l'ont obligé tous les quinze jours environ à prendre un ou deux jours de repos. Il a eu à des intervalles assez éloignés des vomissements bilieux, jamais de vomissements noirs. Il est très constipé ; il se nourrit exclusivement d'œufs, de laitage, de légumes, un peu de poisson. Il éprouve pour la viande un dégoût presque absolu.

Il pèse actuellement 59 kil. 700.

Le malade paraît peu amaigri, le faciès est coloré, les yeux toujours excavés. Ses forces lui permettent encore de travailler comme avant sa maladie, en dehors des quelques journées d'indisposition qu'il nous signale.

La langue est humide, rosée. On peut délimiter l'estomac dans sa partie supérieure jusqu'au 6e espace intercostal. La cicatrice sus-ombilicale est à peine visible, souple, mobile sur les parties profondes. A la palpation on délimite dans la région épigastrique une surface dure, à bord inférieur tranchant, surface hérissée de bosselures, qui suit les mouvements de la respiration et qui fait corps avec la matité hépatique. Cette surface paraissant tenir au foie, dépasse la ligne médiane de 10 centimètres vers la gauche, elle mesure 12 centimètres de hauteur sur la ligne médiane, et descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A droite sur la ligne mamelonnaire, la matité verticale mesure 8 centimè-

tres. On trouve des ganglions de petit volume dans les deux aînes et dans le creux sus-claviculaire gauche.

L'état général paraît cependant assez bon malgré l'évolution du néoplasme.

Revient à la consultation le 19 novembre 1906.

Travaille toujours : depuis sa dernière visite à l'hôpital n'a pris que 8 jours de repos, il y a un mois. Fait assez facilement son ouvrage, se dit cependant très fatigué à la fin de la journée. Fait 2 fois par jour 1 heure 1/2 de marche pour se rendre à son travail et en revenir.

Mange moins depuis quelque temps ; a un dégoût très prononcé pour la viande. Vomit tous les 8 jours environ ; ces vomissements contiennent des débris d'aliments ingérés au repas de midi.

A l'examen physique on aperçoit à la base de l'épigastre une saillie dont le volume varie d'un moment à l'autre : tantôt très proéminente, tantôt beaucoup moins. A la palpation, cette saillie apparaît constituée par une tumeur arrondie, volumineuse, située à gauche des fausses côtes, avec un prolongement transversal cylindroïde qui s'étend de gauche à droite et dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane. Cette tumeur est soulevée de temps en temps par la propagation des battements de l'aorte. Quand le malade respire, elle descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Le reste de l'abdomen est libre. Pas d'ascite dans le péritoine.

Très constipé. Poids : 55 k. 750.

Ecrit le 27 novembre 1906 : « J'ai dû cesser mon travail et m'aliter », Et le 31 décembre : « Je ne suis pas venu me reposer quelques jours dans votre service, comme vous me l'avez proposé, car me sentant mieux j'ai repris mon travail. J'ai une femme et un enfant à nourrir, je suis donc obligé de me forcer à travailler. »

15 janvier 1908. — Le malade est hospitalisé de nouveau salle Rostan, lit 3.

Donne les renseignements suivants sur son état antérieur : bien qu'il ait un métier des plus pénibles — mégissier, il a toujours les mains dans l'eau, les pieds humides, — il a pu continuer à travailler, en prenant toutefois quelques jours de repos à des intervalles plus ou moins longs.

Vomissait toutes les 3 semaines environ. C'était un vomissement unique, glaireux, avec quelques débris alimentaires, survenant vers la fin de la journée.

Se nourrit surtout de soupe. Depuis son opération, il n'a pas mangé de viande, il la mâche, la tourne dans la bouche sans pouvoir l'avaler ; il n'en a cependant plus le dégout.

Ne maigrissait pas ; ses forces étaient à peu près conservées.

Il y a 3 semaines, le malade dût quitter son travail parce qu'il se sentait faiblir. Il vomissait alors chaque jour ; un seul vomissement glaireux ne contenant pas, d'après le malade, de débris alimentaires.

Appétit diminué, constipation opiniâtre.

Examen : Au-dessus de l'ombilic, on sent à la palpation une masse irrégulière.

Estomac clapote au-dessus de l'ombilic.

Pas de ganglions inguinaux, pas de ganglions sus-claviculaires.

Le malade est mis au kephyr et aux potages,

19. — Vomit toujours. On prescrit des lavages d'estomac.

20. — 1er lavage : l'eau est trouble, brunâtre, il faut en fafre passer 2 litres pour qu'elle revienne claire.

28. — On a continué le même traitement : l'eau de lavage

est de moins en moins trouble, la teinte brunâtre des premiers jours a complètement disparu.

Même régime.

14 février. — On lui a fait un lavage d'estomac tous les matins, le liquide revient absolument clair.

Malade accuse quelques douleurs légères 1/4 d'heure après les repas.

L'appétit est meilleur : aux 4 bouteilles de képhyr et 2 potages au lait, on ajoute 2 œufs.

Poids 56 kg. 500.

20. — Supppession des lavages. — Encore quelques douleurs immédiatement après les repas. — Prend de la viande, des œufs, des légumes, du lait.

21. — Etat général excellent : a augmenté de plus de 1 kg : 57 kg. 700.

Quitte l'hôpital quelques jours après.

8 janvier 1909. — Le malade avait écrit le 5 demandant à être de nouveau admis dans le service.

Depuis sa sortie de la Pitié, il a repris son métier de mégissier et a pu travailler avec plus ou moins de peine, jusqu'au mois de décembre dernier.

Il y a 3 mois il a recommencé à vomir. Ces vomissements journaliers, verdâtres, très amers, contenant des débris des aliments qui viennent d'être pris, surviennent 1—1 h. 1/4 après chacun des 2 principaux repas, — le petit déjeuner du matin étant bien toléré. Aurait de plus, quelques douleurs après le repas.

Très constipé. — Insommies, ou bien nuits peuplées de cauchemars.

Se sent de plus en plus faible.

Examen : Malade paraît amaigri ; teint jaune paille.

L'épigastre est douloureux à la palpation. On perçoit à 3 travers de doigt au dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane une tumeur très dure. arrondie, du volume d'un œuf qui paraît se continuer avec un plastron induré. La tumeur est mobile sous les doigts, mais on sent qu'elle adhére aux-plans profonds.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

On met le malade au Képhyr.

13 janvier. — Poids 56 kilogs.

26 janvier. — Le malade est peu à peu revenu à la nourriture ordinaire de l'hôpital, sauf la viande qui lui répugne et qu'il ne peut pas digérer. — Poids 56 kg. 500.

7 février 09. — Quitte le service très amélioré. Il n'a pas vomi pendant tout son séjour à l'hôpital.

22 juin. — De nouveau hospitalisé à la Pitié, salle Rostan.

Quelques temps après sa sortie, les vomissements et les douleurs sont revenues. — Les vomissements d'abord espacés, sont devenus journaliers, puis survenaient plusieurs fois dans la même journée. Depuis un mois cependant il ne vomit plus. — Les douleurs par contre ont persisté, et depuis une quinzaine de jours leur intensité est devenue telle qu'il a du cesser son travail et demander son admission à l'hôpital.

Examen : Le malade est très amaigri. Les téguments ont une teinte jaunâtre surtout marquée au niveau de la face.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Dans la région épigastrique on aperçoit une voussure assez marquée se prolongeant vers le flanc droit. La palpation révèle à ce niveau une masse dure, mal limitée allant se perdre dans l'hypochondre droit. Cette masse est très douloureuse à la palpation.

Foie : Ne déborde pas les fausses côtes : sa limite supérieure se trouve au niveau de la 8e côte.

Rate : pas appréciable à la percussion.

Cœur et vaisseaux : Rien de particulier.

Poumons : Rien de particulier. Reflexes normaux.

Urines : Légères traces d'albumine, pas de glucose.

On prescrit XV gouttes de teinture de condurango, 0.05 d'extrait thébaïque.

26 juin. — Souffre toujours beaucoup la nuit.

28 juin. -- Au niveau de la tumeur apparaît une zone rougeâtre, très douloureuse à la palpation ; pansements humides.

1er Juillet. --- Fluctuation nette, on incise l'abcès qui laisse échapper un pus jaune verdâtre en quantité assez considérable.

6 juillet. --- La cicatrisation de la plaie se fait très rapidement ; la peau reste mobile sur la tumeur ; pas de bourgeonnement appréciable ; il semble que l'abcès ait été nettement sous-cutané.

12 juillet. — Encore quelques douleurs stomacales. L'anorexie est de plus en plus marquée. On prescrit une injection quotidienne de cacodylate de soude — d'abord 0,05, puis 0,10.

16. — Poids : 49 kilog. 200.

22. — Malade maigrit de plus en plus. Poids : 48 kilog. 500.

27. — Quitte l'hôpital. Les phénomènes douloureux ont presque complètement disparu, mais l'état général reste mauvais.

Quelque temps après sa sortie de la Pitié, G....se fait admettre à Bicêtre, dans le service de M. le professeur Marie, où il finit par mourir de cachexie le 3 décembre 1909.

Autopsie le 4 décembre.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une masse occupant

la région épigastrique et comprenant le pylore et la masse des ganglions juxta-pyloxiques et enserrant le canal cholédoque qui est complètement obturé.

A l'ouverture de l'estomac on se trouve en face d'un cancer colloïde du pylore relativement limité à cette région, sans aucune métastase du côté du foie. L'ouverture pylorique est conservée au point qu'il est possible d'y introduire un doigt.

On aperçoit aisément encore la bouche gastro-duodénale pratiquée au cours de la gastro intérostomie faite plus de quatre ans et demi auparavant : celle-ci est également perméable, de telle sorte que les aliments paraissent avoir pu suivre les deux voies. La tumeur cancéreuse est entièrement ramollie et légèrement saignante au centre.

Il est impossible de disséquer le canal cholédoque ; le vésicule biliaire est rétracté.

Le foie est légèrement hypertrophié, pâle, mais ne présente à la coupe aucun noyau cancéreux, ni d'autres lésions. On ne trouve d'ailleurs de cancer dans aucun autre organe, le néoplasme était resté limité au pylore.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait bien d'un cancer colloïde.

Cette observation mérite d'être résumée. Un malade se présente avec tous les symptômes d'une sténose du pylore grave — les résultats de l'analyse chimique ne permet aucun doute à cet égard. Passé en chirurgie, les opérateurs se trouvent, après la laparatomie, devant une tumeur nettement cancéreuse ; il y a même déjà un noyau secondaire dans le colon transverse. On fait une gastro-entérostomie et ce malade, ce cancéreux avéré, vit encore 4 ans 7 mois après l'intervention.

Mais aussi frappante que cette survie extraordinaire est la durée de l'amélioration chez ce malade. Dès sa sortie de la Pitié, il se remet à l'ouvrage et ce n'est pourtant pas un métier des moins pénibles que celui de préparer des peaux : 10 heures par jour, il travaille les mains dans l'eau, les pieds dans l'humidité et il continue ainsi pendant près de 4 ans. A des intervalles plus ou moins longs, il est obligé de s'aliter, mais dès que son état s'est amélioré, il retourne à son travail ; — et s'il lui faut parfois « se forcer », il travaille cependant, car il doit, comme il le dit dans une de ses lettres, nourrir les siens.

OBSERVATION II. (Nordmann)

Cancer du pylore. G. E. Survie 5 ans. Autopsie.

Victor W..., 34 ans. Entré le 17-1-98.

Souffre de l'estomac depuis 7 ans. Il y a 2 ans une hematemèse ; depuis 6 mois vomissements fréquents A son entrée, incontinence gastrique absolue.

Examen. — Homme cachectique. Estomac dilaté ; pas de tumeur perceptible à la palpation. Dans le contenu gastrique, pas de HCL libre, acide lactique, traces.

Opération le 21-1-98. — Sous le lobe gauche du foie, on trouva une tumeur dure, du volume d'une noix, cette tumeur partant de la petite courbure s'étendait sur le pylore qu'elle obstruait incomplètement. Elle adhérait intimement au pan-

créas et au mesocolon ; on avait l'impression nette qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

Dans le petit épiploon, quelques ganglions hypertrophiés.

On fait une G. E. v. Hacker. — Suites normales.

Le malade quitte l'hôpital 3 semaines après n'ayant plus vomi depuis l'intervention, avec un état général bien amélioré.

5 ans après, en février 1903 le malade revient à l'hôpital. Depuis son opération, il avait joui d'une santé parfaite : depuis quelques temps, douleurs dans la région épigastrique, perte graduelle des forces, n'a jamais vomi depuis l'intervention.

A l'examen, on trouve dans la région épigastrique une tumeur dure, bosselée, du volume d'un poing, complètement immobile.

Etat général très mauvais.

Il mourut de cachexie 3 semaines après.

Autopsie : Carcinome du pylore ulcéré s'étendant sur la petite courbure et empiétant sur les parois antérieure et postérieure de l'estomac. La grande courbure, le néo-pylore sont indemnes.

Larges adhérences au foie, au pancréas, au mésocolon.

Métastastases dans ganglions péritonéaux et retro-péritonéaux.

Noyaux secondaires dans le foie.

Examen microscopique : adénocarcinome.

OBSERVATION III (Trouilleur)

Cancer du pylore. — G. E. — Survie 3 ans 7 mois, autopsie

Il s'agit d'un homme de 68 ans qui entrait le 15 octobre

1903 dans le service de Tixier souffrant depuis 3 à 4 mois de troubles gastriques assez vagues ; digestions difficiles et douloureuses ; perte de l'appétit ; pas de mœlena, pas d'hématemèse ; en même temps, amaigrissement rapide et perte des forces. Quelques jours avant son arrivée à l'hôpital, le malade avait eu à deux reprises et pour la première fois, des vomissements alimentaires. En raison de son âge, malgré l'absence de signes physiques, M. Tixier fit le diagnostic de cancer de l'estomac.

Le 22 octobre, opération. On reconnaît l'existence d'un néoplasme limité de la région pylorique. Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique à la suture.

Le 19 novembre, le malade quitte le service.

Revu 2 ans après par M. Tixier, il a un état de santé excellent, il a repris sa vie normale, digère bien, travaille. On ne sent rien au creux épigastrique.

Le 22 mai 1907, il est reçu dans le service de M. Devic pour des troubles gastriques ayant reparu depuis 6 mois. Le malade se trouve dans le même état qu'il y a 3 ans 1/2. Les digestions sont devenues douloureuses et longues. accompagnées d'éructations d'un goût fade. Une constipation opiniâtre s'est installée, enfin les vomissements ont reparu. Ils sont rares néanmoins et restent peu abondants ; la quantité des aliments vomis ne dépasse jamais un verre à boire. Le malade n'y a jamais retrouvé d'aliments de la veille ou de l'avant-veille, la viande et le vin sont mal tolérés ; il n'y a pas de dégout marqué pour les aliments gras. Non seulement le séjour des aliments dans l'estomac est douloureux, mais il existe une sensation de brûlure retro-sternale au moment du passage du bol alimentaire. Pas de régurgitations ; n'a eu ni mœlena, ni hématemèse.

Il a cessé son travail depuis 2 mois mais ne s'est pas alité. L'amaigrissement a été rapide et considérable.

A l'entrée on est en présence d'un homme d'une maigreur extrême, squelettique. Il se tient difficilement sur ses jambes, souffre dans les mollets. Le teint est pâle ivoire, les muqueuses décolorées.

A l'examen somatique, on note un léger œdème des pieds et des jambes. Léger œdème des paupières et de la paroi thoracique.

App. digestif : Le malade est presque complètement édenté. Mange peu pour ne pas souffrir ; boit assez volontiers du vin.

Au niveau de l'abdomen, cicatrice sus-ombilicale souple ; il n'existe pas d'adhérence appréciable. Abdomen souple dans la région sous-ombilicale, pas d'ascite. Toute la zone sus-ombilicale offre une certaine résistance à la pression, mais il semble que la moitié droite de l'épigastre se laisse déprimer plus facilement. A gauche, on sent une tumeur profonde de petit volume, douloureuse, et qui se perd sous le rebord costal ; elle transmet les battements de l'aorte. Pas de clapotage gastrique, pas de mouvements péristaltiques.

Le foie et la rate ne paraissent pas augmentés de volume.

Rien au cœur. Souffle des jugulaires continu à renforcement systolique.

Rien aux poumons.

Température à l'entrée 36.8, urines normales. Poids 42 kg. 500.

30 mai. — Malade s'affaiblit rapidement, le poids est tombé a 36 kg. 500. Il n'a pas eu de vomissements depuis l'entrée : l'alimentation est réduite à deux œufs et à un litre de lait par jour.

6 juin. — Mort à 3 heures du matin.

Le malade n'a pas eu d'élévation de température, pas de phénomènes abdominaux, mais quelques vomissements bilieux.

Autopsie. — Rien de particulier du côté des organes thoraciques.

A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule environ 2 litres de liquide franchement purulent, presque crémeux, disséminé partout ; exsudats purulents sur les anses intestinales.

Adhérences anciennes entre angle du colon et estomac. Dans le mésentère, quelques ganglions non néoplasiques de volume normal ; l'estomac de très petit calibre est enfoui sous le rebord costal gauche.

Le foie un peu petit, ne présente aucune trace de généralisation. L'intestin n'est pas perforé. Reins normaux.

L'estomac renferme un peu de liquide bilieux ; le pylore admet à peine le passage d'une sonde cannelée.

Après l'ouverture, on constate que toute la région prépylorique est occupée par du tissu néoplasique développé sous forme de bourgeons circulaires peu élevés et ayant en outre une déclivité très nette. Le centre de la tumeur est seul ulcéré ; ses bords ne sont pas dégénérés.

Entre le pylore et la bouche anastomotique, un champignon néoplasique développé très près du bord de cette bouche, forme clapet.

L'orifice anastomatique admet facilement le passage de 2 doigts ; la muqueuse à ce niveau est saine. Les ganglions de la petite courbure sont petits, durs, mais n'ont pas l'aspect cancéreux (1).

(1) La pièce a été présentée à la Société des Sciences Médicales de Lyon.

OBSERVATION IV (Alsberg)

Sténose cancéreuse du pylore. — G. E. — Survie 3 ans 5 mois, autopsie

H..., 56 ans, maçon, vint me consulter en avril 1892 pour des troubles gastriques qui avaient débuté un an et demi auparavant : anorexie, vomissements, malaises. Depuis un an qu'il se fait chaque jour un lavage d'estomac, ne vomit plus ; les eaux de lavage auraient ramené une fois des masses noirâtres. Aurait maigri de 10 livres en un an et demi. A l'examen, on trouve un estomac très dilaté ; dans la région épigastrique, la palpation permet de sentir une tumeur dure, bosselée, mobile. Pas d'HCL libre dans le contenu gastrique. Je fais le diagnostic de cancer du pylore, et conseille au malade de se faire opérer.

Opération le 2 mai 1892. — Le ventre ouvert, on voit que la région pylorique est occupée par une tumeur dure, du volume d'une grosse noix, à surface brillante. Cette tumeur est très mobile, mais le long de la grande courbure et sur une grande étendue du péritoine il existe de nombreux nodules rougeâtres de la grosseur d'un pois à un haricot. On se contente donc de faire une G. E.

Le malade se remit vite, reprit des forces, augmenta de poids.

28 juin. — Quitte la clinique, ayant gagné 32 livres.

L'état général continua à s'améliorer, il engraissa encore de 20 livres, reprit son métier de maçon, mangea de tout sans aucun trouble. Au travers de la paroi abdominale très

adipeuse, il n'était plus possible de percevoir la tumeur. Cet état parfait dura 3 ans, puis les troubles gastriques réapparurent.

Je revis le malade au mois d'août 1895 ; on sentait une grosse tumeur dans la région épigastrique. Il entre de nouveau à l'hôpital le 27 décembre 1895. Il avait cessé de travail 3 semaines auparavant ; il était très amaigri. Œdème des membres inférieurs ; ascite abondante. La ponction ramena 6 litres d'un liquide hémorragique. La palpation permit alors de sentir une tumeur volumineuse, bosselée.

Mort le 6 novembre 1895.

Autopsie faite par par le Dr Michael.

L'estomac est rétracté, très infiltré dans ses 2/3 inférieurs, sa surface est bosselée ; chacun des noyaux a un aspect un peu gélatineux. Le petit épiploon est friable, très vascularisé, présente des épaississements blanchâtres. Les ganglions rétropéritonéaux sont les uns hypertrophiés au point d'avoir le volume d'une grosse noix, à la coupe ils sont ramollis, caséeux ; les autres plus petits, formés d'un tissu encore assez ferme, un peu gélatineux. Sur le péritoine diaphragmatique quelques rares nodules carcinomateux plats, atteignant parfois la grandeur d'une pièce de 10 pf.. Le reste du péritoine est indemne le grand épiploon est formé de tissu graisseux atrophique, rouge-jaunâtre.

Le foie, la rate sont de grandeur normale, pâles, sans aucune métastase.

L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un cancer colloïde.

OBSERVATION V. (Strauss).

Cancer du pylore. Gastro-entérostomie. Survie 3 ans 3 mois. Autopsie.

Homme de 35 ans, souffre de l'estomac depuis début de 1895. A cette époque : vomissements fréquents, plusieurs fois dans la même journée, n'auraient jamais contenu de sang ; renvois malodorants, coliques, constipation, En 1897 mêmes symptômes, de plus, amaigrissement progressif, perte de forces.

Entre dans la clinique de Hahn.

Examen. Amaigrissement, mais pas de cachexie franche. Pas d'œdèmes. Abdomen plat, non sensible. Estomac clapote. Dans la région épigastrique on sentait assez nettement sous le lobe hépatique gauche une tumeur ayant environ le volume d'un œuf.

Fonctions stomacales : 12 heures après un repas avec viande, on retire 3/4 de litres d'un liquide avec résidus alimentaires, HCL +.

Opération le 12-3-97. On trouve au pylore une tumeur de la grandeur d'une petite pomme, assez intimement adhérente aux tissus voisins. Quelques nodules opaques grands comme une pièce de 20 pf étaient disseminés sur les parois de l'estomac. Pour cette raison on se contenta de faire une G. E. antérieure d'après Wolfler.

Sortie : 7-4-97. Etat général bon, augmentation de poids : 9 livres.

Pendant 1 an 3/4 malade alla bien, n'eut aucun trouble.

Depuis environ 1 an 1/2, il a recommencé à maigrir, à vomir, put cependant continuer son métier de marchand de vin.

Depuis 1-2 semaines se plaint d'oppressions, tousse, pour cette raison entre à la clinique médicale (service Strauss) le 20-6-1900.

Le malade est pâle, a un peu d'œdème des membres inférieurs. Un peu de cyanose. Orthopnée et tirage trachéal.

Matité à la base des poumons, à gauche surtout râles, secs et humides ; pas d'expectoration. Pouls petit, rapide, 120 pulsations à la minute. L'abdomen est un peu ballonné. Région épigastrique sensible à la palpation ; on perçoit nettement des noyaux durs,

Le foie, la rate ne sont pas augmentés de volume.

Urine : ni sucre ni albumine.

Malade meurt un jour et demi après son entrée avec des symptômes de myocardite.

Autopsie (Prof. Israël).

Pneumonie gauche avec du même côté environ 1 litre de liquide séreux, clair, dans la plèvre.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une anse intestinale qui adhère à l'estomac et à la paroi par des masses très dures. Dans le gros intestin et le grand épiploon des noyaux durs. La paroi de l'estomac a une épaisseur de 3 centimètres au niveau du pylore : 1/3 de cette épaisseur est due à la musculature hypertrophiée, le reste à l'épaississement néoplasique de la muqueuse. Le pylore est obturé par des masses cancéreuses. L'infiltration cancéreuse s'étend le long de la petite courbure jusqu'à l'œsophage, et en arrière, loin dans la région du fond. La muqueuse n'est que légèrement ulcérée. Semis carcinomateux dans toute l'étendue de l'intestin grêle, surtout au niveau de l'insertion du mésentère. Sur la capsule

hépatique, sur la face abdominale du diaphragme, néoformations dures.

Le néo-pylore est complètement cicatrisé, perméable à 3 doigts.

L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un squirrhe.

OBSERVATION VI (Nordmann)

Cancer du polype. G. E. Survie 2 ans 4 mois, autopsie

Freder S..., 64 ans, entre le 22 novembre 1900.

Depuis 9 mois vomissements.

Examen : Pas de tumeur palpable ; dans contenu gastrique, pas d'Hcl libre, présence d'acide lactique ; cachexie très accusée.

Opération : tumeur mobile, mais vu l'état général : G. E. V. Hacker.

Suites normales. -- Pendant 2 ans aucun trouble ; meurt à la Charité 2 ans 4 mois après l'opération.

Autopsie : carcinome de pylore.

Toutes ces observations sont donc fort nettes : dans ces 6 cas, les malades avaient été gastro-entérostomisés pour une affection du pylore diagnostiquée cliniquement et sur la table d'opération de nature cancéreuse et après une survie très longue variant de 2 ans 4 mois à 4 ans 1/2 et 5 ans même, on trouva effectivement un cancer à l'autopsie.

Une première conséquence découle de ces faits, c'est

que nous n'aurons plus le droit de rejeter systématiquement du cancer les cas où la survie anormalement longue, atteint 2, 3, 4 et 5 ans et que c'est seulement au delà de ce laps de temps que l'on pourra commencer à mettre en doute l'exactitude du diagnostic.

Voici par exemple l'observation d'un malade amené à l'hôpital avec tous les symptômes d'une sténose grave. Cet homme opéré presque in extremis et chez lequel le chirurgien a trouvé des lésions paraissant être nettement cancéreuses, vit encore plus de 3 ans 1/2 après l'intervention. La longueur de cette survie a lieu de nous surprendre et cela d'autant plus qu'au moment de l'opération le malade se trouvait dans un état de déchéance organique très marquée ; elle est cependant encore insuffisante pour nous faire rejeter d'une façon absolue le diagnostic porté à la suite de l'examen clinique et pendant l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION VII (1) (*Due à l'obligeance de M. Lion.*)

Flo..., domestique, 45 ans, entre à la Pitié, salle Rostan, lit n° 5, le 9-12-07.

Ant.-héréditaires : Son père est mort à l'âge de 68 ans, paralytique ; sa mère, âgée de 81 ans, est bien portante ; a une sœur.

(1 Ce malade a été présenté par M. Walther à la Société de Chirurgie de Paris, le 2 mars 1910.

Antéc. personnels : N'aurait jamais été souffrant avant la maladie actuelle. Nie toute spécificité.

Buvait ordinairemenl 1 litre, 1 litre 1/2 de vin par jour ; rarement d'apéritifs. Depuis 4 ans ne boit que du lait.

Il est marié, n'a pas d'enfants.

La maladie actuelle remonte à 15 ans. Flo..., qui n'avait jamais eu le moindre trouble gastrique, eut des digestions pénibles. Après avoir mangé, il avait une sensation de pesanteur, des éructations, des régurgitations acides, brûlantes ; de plus, 2 heures environ après les repas survenaient des douleurs sous forme de brûlures épigastriques irradiant vers l'hypochondre droit.

Ces symptômes se reproduisirent tous les jours pendant une période de 4-6 semaines, puis disparurent pour réapparaître à nouveau pour une durée variable, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Depuis un an les douleurs ont changé de caractère : elles sont moins intenses, plus diffuses, occupant tout l'abdomen, continues, mais avec des exacerbations qui surviennent environ 1 heure après les repas, se prolongent pendant 2 heures et disparaissent avec l'apparition des vomissements.

Le malade vomit en effet depuis un an ; ces vomissements d'abord espacés, augmentèrent de fréquence et finirent par se reproduire chaque jour et après chaque repas, environ trois heures après. Ces vomissements contiennent des débris alimentaires non digérés, provenant du dernier repas, parfois cependant ce sont des débris d'aliments absorbés 3-4 jours auparavant. Jamais de sang dans les vomissements.

Le 15/12 survient pour la première fois une hématémese : il aurait rendu environ 1 litre 1/2 de sang noir, marc de café.

3-4 jours avant, il avait remarqué que ses selles avaient une coloration brune comparable à celle de la suie.

Le malade est actuellement au régime lacté : vomit tous les 3-4 jours du lait caillé. — Anorexie sans caractère électif. — A maigri de plus de 15 kilogs dans les 6 derniers mois.

Examen. — Homme très amaigri, presque cachectique ; traits tirés, teint terreux.

Pas d'œdème des membres inférieurs. — Un peu d'ascite libre dans la cavité péritonéale. — Pas de ganglions inguinaux, ni sus-claviculaires.

Estomac. — Par intermittences, gonflement en masse de l'épigastre. On obtient également ce phénomène par l'excitation de la paroi. — La palpation de l'épigastre est douloureuse. On sent une tumeur dure, irrégulière, non mobile. — Estomac clapote au niveau de l'ombilic.

Foie ne paraît pas hypertrophié. Rien de particulier dans les autres organes.

Poids : 84 livres.

12 décembre. — L'examen à la sonde pratiqué le matin à jeûn ramène 413 cmc. de liquide résiduel. Ce liquide se présente sous la forme d'une véritable bouillie alimentaire dans laquelle on peut reconnaître à l'œil nu des débris d'aliments : œufs, nouilles ; il dégage une odeur butyrique très forte.

Au microscope : nombreux paquets de sarcines, nombreuses levures en chapelet, beaucoup de fibres musculaires, végétales, grains d'amidon, gouttelettes graisseuses.

L'analyse chimique du liquide résiduel donne les résultats suivants :

A = 0.211	T = 0.445
H = 0.000	F = 0.270
C = 0.175	α = 1.20
H-C = 0.175	T/F = 1.64

Concentration : 0,02459.

Syntonine nette. Peptones abondantes. Traces d'acide lactique. Réaction butyrique prononcée.

60' après un repas d'Ewald : liquide très abondant, muqueux, filtre très lentement, contient des débris de pain.

A = 0.043	T = 0.242
H = 0.000	F = 0.255
C = 0.087	α = 1.16
H + C = 0.087	T/F = 1.14

Syntonine nette. Peptones : traces. Réaction lactique : très prononcée.

Le malade est envoyé en chirurgie, dans le service de M. Walther, avec le diagnostic de sténose cancéreuse du pylore.

Opération le 13 décembre 1907 (M. Walther).

« Laparatomie médiane ombilicale. On trouve une masse volumineuse occupant la région pylorique, gagnant vers la petite courbure, s'étendant plus bas sur la face antérieure de l'estomac, dans la plus grande partie de son étendue.

Cette masse est dure, complètement immobile. La partie voisine de l'estomac est infiltrée et épaissie, ainsi que le duodénum. Le grand et le petit épiploon sont infiltrés, soulevés par de nombreuses ganglions, œdématiés ; de grosses veines se dessinent à leur niveau.

Petite quantité de liquide séreux péritonéal. La tumeur ne paraît pas enlevable.

G. E en Y. Technique ordinaire. Suture de la paroi. Plan profond aux crins couplés. Plan superficiel aux crins.

Suites sans incident.

30 décembre, malade revient dans le service de M. Lion.

31 décembre. Analyse du sus gastrique. A jeun : liquide extrait : 37 cmc, bilieux, contient de nombreux résidus alimentaires reconnaissables à l'œil nu (du poulet surtout) muqueux, filtre lentement.

Au microscope : nombreuses gouttelettes graisseuses, nombreux grains d'amidon, beaucoup de fibres musculaires et végétales, volumineux paquets de sarcines.

L'analyse chimique du liquide résiduel donne les résultats suivants :

A = 0.508	T = 0.313
H = 0.000	F = 0.313
C = 0.006	α = 58
H + C = 0.006	T/F = 1

Concentration : 0.02625. — Réaction lactique prononcée.

Après un repas d'Ewald, le contenu gastrique donne après :

30'

A = 0,043	T = 0.104
H = 0.000	F = 0.159
C = 0.035	α = 1,22
H + C = 0.035	T/F = 1.22

Concentration : 0,13775
Réaction lactique nette

60'

A = 0,036	T = 0,204
H = 0,000	F = 0,186
C = 0,058	α = 0,62
H + C = 0,058	T/F = 1,37

Concentration : 0,11275
Réaction lactique nette

90'

A = 0,043	T = 0,204
H = 0,000	F = 0,138
C = 0,006	L = 0,75
H + C = 0,006	T/F = 1,47

Concentration : 0,11269
Réaction lactique nette

120'

A = 0,043	T = 0,219
H = 0,000	F = 0,20
C = 0,015	α = 2,86
H + C = 0,015	T/F = 1,07

Concentration : 0,0750
Réaction lactique nette

Présence de suc pancréatique dans contenu gastrique.

4 janvier 1908. Le malade s'est levé la veille. Le soir il a constaté un peu de gonflement des membres inférieurs.

Au matin il persiste encore un peu d'œdème malléolaire.

7 janvier. Mine satisfaisante. Les forces augmentent. Appetit remarquable. Mange de tout.

Examen : Aucune trace d'œdème (malade dit avoir le soir un peu de gonflement au niveau des malléoles qui disparait au réveil).

Cicatrice abdominale parfaite. — Un peu d'ascite.

Epigastre non douloureux à la pression. — Il est impossible d'obtenir le bruit de clapotage. — L'estomac semble être représenté par une zone de sonorité tympanique qui s'étend en haut jusqu'à la 6^{e} côte, descend en bas à un bon travers de doigt au dessus de l'ombilic, gagnant à gauche la ligne médiane et dépassant à droite la ligne mamelonnaire de 2 travers de doigt.

Foie : la limite supérieure correspond au 4^{e} espace intercostal, la limite inférieure un travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Hauteur de la matité (au plessigraphe) : 11 cm.

10 janvier. Poids 51 kg. 800. Forces augmentent. Encore un peu d'œdème malléolaire le soir.

18 janvier. Malade quitte le service. Etat général très bon. Mange de tout sans trouble. Poids : 55 kg.

26 février 1910. — De passage à Paris, il vient se faire examiner.

Depuis sa sortie de la Pitié il a repris son travail. — L'appétit est excellent, il se nourrit abondamment, mange de tout ; partageant l'alimentation de son entourage. Il boit un litre et demi de vin par jour et régulièrement un petit verre de marc après sén café. S'il fait un repas par trop

copieux, il se sent mal à l'aise, l'estomac est gonflé, pesant. Mais ces troubles n'existent pas en temps ordinaire. Douleurs, vomissements n'ont plus réapparu. Les selles sont spontanées, régulières.

Les forces sont complètement revenues et l'opéré se livre avec le même entrain qu'avant sa maladie, à des travaux agricoles souvent fort pénibles.

Au mois de juin 1909, à l'époque des moissons, la chaleur étant particulièrement accablante, ayant peut-être aussi fait quelgues excès d'alimentation et de boisson pour résister à la fatigue, le malade est pris de diarrhée accompagnée de coliques survenant principalement la nuit : 4-5 selles par jour, abondantes, glaireuses, fétides. Cette période de diarrhée qui se prolongea jusqu'en novembre, l'a un peu affaibli, mais il reprit assez vite, l'appétit revint et il put bientôt se remettre au travail.

Le poids du malade oscille entre 125 et 130 livres.

Examen : Le malade se présente aujourd'hui, avec l'aspect d'un robuste travailleur des champs, la face et les bras halés par le soleil.

Aucun ganglion inguinal ni sus-claviculaire. Le ventre est plat. L'estomac clapole à un travers de doigt au dessus de l'ombilic. La région épigastrique est souple.

Le foie déborde de 2 travers de doigt environ les fausses côtes, (à la percussion) ; sa limite supérieure correspond à la 8e côte ; hauteur de la matité : 11 cm.

Réaction de Wassermann, négative.

Nous savons que le malade vit encore actuellement et continue à bien se porter.

Malgré l'amélioration persistante et cette survie de plus de 3 ans 1/2, rien ne nous autorise à déclasser ce cas. Aussi longtemps que ce malade n'aura pas dépassé la limite de 5 ans, compatible, comme le montrent les observations citées plus haut, avec un cancer avéré, nous ne pourrons pas considérer le diagnostic de sténose pylorique de nature maligne comme erroné.

En dehors de toute discussion sur la nature vraie de la sténose, il est un point ici qui mérite d'être signalé : c'est le résultat merveilleux qu'a donné dans ce cas la gastro-entérostomie. Il n'est pas trop s'avancer que d'employr le mot de « résurrection » : en effet ce malade qui était dans un état de déchéance organique très prononcée, presque cachectique, qui souffrait atrocement et physiquement et moralement, qui vomissait même le peu de liquide qu'on le forçait à prendre, ce malade était condamné à mourir à bref délai. On pratique dans ces conditions si précaires la gastro-entérostomie, et l'opéré peut, quelques semaines après, manger de tout et reprendre le dur labeur des champs, et vit encore plus de 3 ans 1/2 après l'intervention. Ce cas n'est pas unique : la gastro-entérostomie compte de nombreux succès de ce genre. C'est ainsi qu'un malade de M. Delbet, opéré in-extremis et seulement sur les très vives instances de son entourage, vit encore depuis plus 2 ans, jouissant d'une santé presque parfaite.

Mais comment interpréter tous ces faits ?

3 hypothèses sont permises. Il s'agit dans ces cas :

1° d'une tumeur qui primitivement bénigne, aurait subi ultérieurement une dégénérescence cancéreuse ;

2° d'un cancer à forme spéciale, à évolution naturellement lente.

3° d'un carcinome banal mais qui se serait arrêté dans sa marche progressive pour une raison quelconque.

I. — « Quant aux cas comme ceux d'Alsberg, où l'autopsie faite 3 ans 1/2 après l'opération a permis de constater l'existence d'un cancer, ils peuvent s'expliquer par la greffe d'un cancer sur une cicatrice d'ulcère, greffe qui n'est pas très rare » (Hartmann).

Cette explication est séduisante, mais correspond elle aux faits ? Que voyons nous chez le malade d'Alsberg en particulier ? Rien dans son histoire ne nous permet de dire qu'il ait eu à une certaine époque de sa vie un ulcère de l'estomac : nous ne relevons pas ces douleurs si caractéristiques du mal de Cruveilhier ; les gastrorragies n'ont ici rien de spécial : les eaux de lavage ont ramené à plusieurs reprises quelques masses brunâtres; or si ces hémorragies latentes ne sont pas rares dans l'ulcère, elles sont cependant plus fréquentes dans le cancer.

L'analyse du contenu gastrique nous fournit ici un élément bien plus intéressant ; il n'y a pas d'Hcl libre. Or nous savons que dans l'ulcère il y a ordinairement hyperpepsie avec le plus souvent hyperchlorhydrie.

Restent les constatations opératoires. C'est ici que nous trouvons la preuve de l'existence d'un cancer primitif. Si le chirurgien malgré la grande mobilité de la tumeur, n'a pas fait la résection du pylore, c'est qu'elle

lui paraissait déjà inutile, c'est qu'il y avait déjà à l'opération un semis carcinomateux sur le péritoine.

Cette extension de la tumeur au péritoine ne permet aucune confusion : il ne peut s'agir ici, d'une tuméfaction bénigne dégénérée secondairement.

Il en est de même dans les autres cas. Chez le malade M. Lion le chimisme stomacal, la constation à l'opération d'un noyau secondaire dans le colon transverse ne prête à aucun doute. — Dans le cas de Strauss, l'opérateur avait trouvé des petits noyaux carcinomateux disséminés sur la surface de l'estomac. — Seule peut-être l'une des 2 observations de Nordmann pourrait prêter à discussion. Mais dans ce cas, dit-il, « le diagnostic « de cancer paraissait tellement évident que Korte a « même jugé inutile d'enlever quelque fragment de tu- « meur pour en vérifier la nature histologique. »

II. — S'agit-il donc ici d'une variété spéciale de cancer, d'un cancer à évolution lente, d'un caractère relativement bénin, comme le pensent Strauss et Schonholzer ?

Ces tumeurs seraient caractérisées d'après Strauss par une structure histologique particulière ; elles seraient très riches en tissu conjonctif et pauvres en tissu épithelial.

« Il semble bien, disent Delore et Leriche, que certains « cancers gastriques ont une évolution en quelque sorte « bénigne, ne se généralisent que très tard et qu'il y a « lieu d'établir la même distraction entre eux qu'entre « les cancroïdes cutanés et les cancers des muqueuses. »

Nous ne pouvons, cela va de soi, prendre parti dans ce débat ; remarquons seulement que cette hypothèse d'un cancer a marche naturellement lente paraît assez au premier abord satisfaisante. Mais est-ce bien dans la structure de la tumeur qu'il faut chercher la raison de cette bénignité ? Les faits que nous avons rapportés montrent qu'une survie prolongée est possible avec des variétés bien différentes de cancer, puisque sur les cas avec examen histologique que nous possédons, il s'agit une fois d'un adénocarcinome, une autre d'un squirrhe et 2 de nos malades (Obs. I et IV) ont même pu survivre l'un 4 ans 7 mois, l'autre 3 ans 4 mois avec un cancer colloïde, forme histologique réputée pour grave.

III. — Reste enfin une dernière possibilité : le cancer a subi un arrêt dans son développement et cet arrêt est sous la dépendance de l'intervention.

Cette explication paraît à priori inacceptable. De quelle façon la gastro-entérostomie, opération palliative destinée à lever la sténose, pourrait-elle arrêter la marche progressive du cancer ? Par la suppression de l'irritation qu'exerce sur la tumeur le contact prolongé des aliments ?

Cette explication de la longue survie dont bénéficient certains cancéreux avérés après la gastro-entérostomie, contient peut-être une part de vérité, mais elle n'est pas suffisante, comme le montrent les observations de malades chez lesquels l'intervention palliative a même été

jugée impraticable et qui vivent encore de longs mois après la simple laparatomie exploratrice.

M. Lion a bien voulu nous confier l'observation d'un de ses malades atteint de sténose cancéreuse du pylore, intéressante à cet égard.

OBSERVATION VIII (Due à l'obligeance de M. Lion

Cancer du polyre à forme anémique. Laparatomie exploratrice Survie 15 mois (1)

Ha..., maréchal-ferrant âgé de 48 ans, entre à la Pitié, salle Rostan, n° 8, le 7 août 1905.

A. H. Rien de particulier ; son père est mort à 63 ans, sa mère à 37 ans du choléra. Il est le cadet de 7 enfants, dont 6 vivent encore, pesant tous environ 100 kilog.

A. P. S'est marié à 38 ans, a eu un premier enfant actuellement âgé de 4 ans, bien portant ; un second né avant terme et mort au bout de 20 jours. Sa femme est morte à 30 ans des suites de couches.

Jusqu'à sa maladie actuelle, Ha,.., déclare n'avoir jamais connu un jour de maladie.

Il boit environ 3 litres de vin par jour, pas d'alcool, rarement des apéritifs. Depuis 6 mois, ne boit plus de vin. Il chiquait beaucoup et fume un peu.

Début. — Aurait souffert pour la première fois de l'estomac il y a 3 ans : de temps en temps pesanteur au niveau de l'estomac avec crampes légères, la nuit surtout.

(1) La première partie de cette observation a paru dans la thèse de Vinceneux ; la seconde est inédite.

Même état pendant un an. Au bout de ce temps survinrent de véritables crises douloureuses principalement entre 2-4 h. du matin : crampes très violentes avec une sensation aigue de constriction dans la région épigastrique, irradiant vers l'hypochondre gauche. A partir de janvier 1905 ces crises devinrent plus fréquentes, se reproduisant jusqu'à 4 à 5 fois dans les 24 heures. Bientôt il dut cesser son travail : il maigrissait de jour en jour, perdait rapidement ses forces et pâlissait de plus en plus. Les douleurs étaient si vives qu'il ne pouvait plus rien manger. A cette époque apparut aussi un peu d'œdème malloéiaire disparaissant après une nuit de repos.

Pendant trois semaines il dut garder le lit : le régime lacté et o,40 d'iodure de fer par jour, auraient amené un mieux sensible. Bien que continuant à être très pâle, « pâle comme un mort », dit-il, il reprit son travail en avril. Pendant une quinzaine de jours les douleurs avaient presque complètement disparu ; puis elles reparurent moins violentes cependant qu'au mois de janvier : crampes légères intermittentes, survenant à des heures variables, plus volontiers la nuit, puis disparaissant pendant 3-4 jours. Même état jusqu'à la fin de juillet. A ce moment l'appétit qui jusqu'alors avait été régulier, se mit à faire défaut : il avait un certain dégoût pour la viande : cette répulsion devint bientôt absolue. Se nourrissait alors de lait, de légumes et d'œufs surtout. N'avait jamais vomi. Quelques nausées passagères. Ni constipation prolongée, ni diarrhée. A remarqué en janvier, que ses matières étaient devenues pendant une huitaine de jours très noires, ressemblant à de la poix ou du marc de café, pour redevenir normales ensuite.

Examen. — Le malade vint à la consultation le 31 juillet. En présence de sa pâleur excessive, on pratiqua l'analyse de

ses urines : ni sucre, ni albumine, — et l'on fit une pesée de sang qui donna à l'examen les résultats suivants (méthode Hayem) :

$$N = 1.891.000$$
$$R = 1.108.153$$
$$G = 0,58$$
$$G\ B = 11.600$$

Pour 100 leucocytes, on trouva : polynucléaires 74, lymphocytes 16, gros mononucléaires 9, éosinophile 1.

Il entre à l'hôpital le 7 août 1905.

Le malade frappe tout d'abord par son extrême pâleur, avec teinte terreuse des téguments et décoloration des muqueuses. Il n'y a pas de subictère des conjonctives. Pèse 66 k. 300, aurait pesé plus de 80 k. il y a 7 ou 8 mois. Se sent « à bout de forces », se plaint de ressentir une douleur sourde, continue, dans le creux épigastrique avec exacerbations fréquentes sous forme de crampes aigues.

La langue est humide, comme décolorée. Il y a une voussure légère au niveau de l'épigastre, avec de la résistance musculaire très prononcée à ce niveau, la palpation est cependant peu douloureuse. Pas d'ondulations péristaltiques. L'estomac paraît petit. Il ne semble pas exister de tumeur perceptible à la palpation. Pas de ganglions axillaires, sous-claviculaires ou inguinaux. Le ventre est souple ; malgré l'amaigrissement du sujet, les parois ont encore leur tonicité.

Le foie a sa limite supérieure à la 7^{e} côte, sa limite inférieure a un travers de doigt au-dessous du rebord costal : la matité verticale mesure 9 centimètres.

La rate n'est pas perceptible à la percussion. — Rien aux poumons. — Rien au cœur. Du côté des gros vaisseaux du cou :

souffle anémique. — Léger œdème des membres inférieurs.

Réflexes normaux. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

Les urines sont pâles, assez abondantes, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Dès son arrivée à l'hôpital le malade a comme régime journalier : 2 œufs et 2 litres de lait.

Chimisme. — 10 août 1905. Le malade a mangé la veille un peu de haricots et de pain. A jeun on retire une bouillie alimentaire en petite quantité seulement, car le tube se bouche à chaque instant. On y remarque à l'œil nu des haricots presque entiers, des débris de pain et d'œufs ingérés la veille ; au microscope des bacilles longs et brisés, de nombreux grains d'amidon, des fibres musculaires et végétales.

11. On a de nouveau fait faire un repas au malade le 10 août à 7 h. du soir (viande, potage au vermicelle, riz et raisin). On retire à jeun une bouillie alimentaire épaisse semblant peu abondante, mais comme la veille, on ne peut tout retirer, car le tube se bouche à chaque instant. On y remarque à l'œil nu du riz, du raisin, du pain ; au microscope, des fibres, des grains d'amidon, des bacilles.

Dans les 2 cas le liquide dégage un odeur nauséeuse.

Analyse du liquide extrait à jeun :

A=0,133	T=0,364
H=0,000	F=0,352
C=0,012	α=11,08
H+C=0,012	T/F=1,03

Présence de syntonine, légères traces de peptones. Fermentations lactique et butyrique prononcées.

Le malade est passé en chirurgie, pavillon Michon, le 13 août.

Examen des urines le 14. Quantité dans les 24 heures : 1.350 c. Densité 1.006. Réaction légèrement alcaline, ni sucre, ni albumine, ni bile. Urée 10 gr. 40, chlorures 1 gr. 60, phosphates 0,58.

Laparatomie le 16 août. M. Gosset, pratique une laparatomie médiane sus-ombélicale. De l'exploration de l'estomac on constate sur la petite courbure une plaque néoplasique empietant sur la face antérieure sur une hauteur de 3-4 centimètres. La face postérieure doit-être également prise, car la tumeur a dans le sens antéro-postérieur l'épaissseur d'une orange. Le pylore paraît indemne (?) L'estomac ne s'abaisse pas : il y a des adhérences postérieures allant jusqu'au pancréas.

La gastro-entérostomie est jugée impossible d'autant plus que l'état général du malade est très mauvais. Fermeture de la paroi à la soie par plans séparés.

Au bout d'une quinzaine de jours on a pu observer une amélioration manifeste de l'état général avec relèvement de l'appétit. Le malade a passé environ un mois et demi sans éprouver aucun trouble. Cependant le 2 octobre il a été pris subitement de grands vomissements, alimentaires d'abord, puis contenant du sang et des débris de néoplasme. Il a dû garder le lit pendant une dizaine de jours. Puis il recommença à s'alimenter et à se lever de nouveau pendant quelques instants de la journée.

10 décembre 1905. — Le malade est toujours extrêmement pâle. Il est très faible et ne peut guère quitter son lit. Il souffre un peu par intermittences au niveau de l'épigastre ; s'alimente régulièrement ; constipé.

Le malade a depuis 3 jours de grands vomissements alimentaires survenant principalement l'après-midi et le soir.

Mis au régime lacté depuis ce moment, il commence aujourd'hui à mieux tolérer un œuf et des purées. Il a de l'insomnie. L'estomac ne paraît pas dilaté, on ne trouve pas de tumeur palpable. Pas de ganglions dans les aisselles ni dans les creux sus-claviculaires ; groupe ganglionnaire au niveau de l'aine droite. Rien à signaler du côté des autres organes.

15 janvier 1906. — Etat stationnaire, on doit recourir à la morphine pour avoir des bonnes nuits.

15 février. — Le malade est de plus en plus faible, extrêmement pâli mais ne paraît pas s'émacier. Il a été mis au kéfirique qu'il supporte parfaitement et qui paraît atténuer ses douleurs.

25 mars. — Etat stationnaire le malade est incapable de quitter son lit. Les téguments sont absolument décolorés. On trouve à la palpation une tumeur au niveau de l'épigastre et à droite de la ligne médiane. On continue les injections quotidiennes de morphine.

12 avril. — Même état. Les liquides et le képhir sont bien tolérés.

8 mai. — Examen du sang : B = 1.271.000
R = 707.142
G = 0.55
G B = 7.037

Nombreux globules déformés ; polynucléose.

15 juin. — Etat stationnaire. Depuis une dizaine de jours on a observé un gonflement douloureux au niveau des articulations des poignets, des genoux, des pieds. Le malade continue à s'alimenter et souffre très peu de l'estomac. Il ne paraît pas en véritable état de cachexie, quoique extrêmement faible.

2 juillet. — Réaction de Weber nettement positive.

16 octobre. — Le service ayant été fermé du 1 août au 16 août le malade a été soigné salle Jenner.

Actuellement : aspect général a peu changé, même pâleur ; œdème des membres inférieurs et des avant-bras. Beaucoup plus amaigri qu'il y a 2 mois.

A l'examen physique, on perçoit à droite de la ligne médiane et au dessus de l'ombilic une tumeur assez mobile, du volume d'une mandarine environ.

L'alimentation est peu abondante : quelques verres de képhyr passent difficilement.

20 octobre. — Examen du sang : N = 1.367.000
R = 500.000
G = 0,36
GB = 6.200

Les globules rouges de volume variable ; les petits sont considérablement déformés : en raquette, en croissant...

29 octobre. — Le malade se plaint de douleurs assez vives dans l'abeomen et les membres supérieurs.

8 novembre. Diarrhée rebelle au bismuthe. Réaction de Weber positive. Œdème s'est étendu aux parois abdominales et thoracique.

9 novembre. — Vomissements fréquents, aspect marc de café. Diarrhée persiste.

11 novembre. — L'état général est très affaissé. L'œdème gagne la face. Alimentation nulle.

13 novembre. — Le malade somnolent ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Diarrhée persiste. Crechats hémorrhagiques.

14 novembre. — Etat général très précaire. Subdelire. Légère agitation.

15 novembre. — Décès.

Autopsie le 17 novembre 1906. — Du protocole d'autopsie nous extrayons ce qui suit : A l'ouverture de l'abdomen, les

organes apparaissent complètement exsangues ; l'intestin est blanc nacre, le grand épiploon à peine vascularisé.

L'estomac adhère au mésocolon transverse au niveau de la face postérieure de la région prépylorique seulement, et sur une très petite surface, et un peu aussi à la tête du pancréas.

Fendu suivant la grande courbure, il présente une tumeur pylorique qui s'étend le long de la petite courbure jusqu'à 3-4 centimètres du cardia et qui déborde un peu plus la face postérieure que la face antérieure. Cette tumeur est étalée dans son ensemble avec des bords très saillants et relevés, La surface du néoplasme est ulcérée, légèrement excavée. Cette tumeur a fortement rétréci l'orifice pylorique qui ne représente plus qu'un conduit filiforme. C'est au niveau de cet orifice que le cancer présente son maximum d'épaisseur.

Pas de métastases ni dans le foie, ni dans les reins, ni dans la rate.

Voilà un cas typique : un cancéreux a une tumeur si étendue que le chirurgien ne peut même pas pratiquer une gastro-entérostomie. ; il referme le ventre et le malade survit 15 mois.

Czerny cite également des survies de 9, 13 et 18 mois après une laparatomie exploratrice.

Kindl rapporte l'histoire d'un malade qui vivait encore trois ans après la simple ouverture du ventre.

Comment comprendre ces faits ? Faut-il admettre que cette survie est sous la dépendance de la simple incision abdominale, qu'il s'agit là d'une action bienfaisante due au contact de l'air extérieur avec le péritoine, comme

cela a lieu pour certains cas de tuberculose péritonéale ? Dans ce cas cette action devrait s'exercer dans toutes les interventions sur l'estomac.... Steudel pense « que « dans certains cas, des carcinomes intra-abdominaux « peuvent subir un certain degré de régression après la « laparotomie. » C'est, nous semble-t-il, s'avancer beaucoup.

Katzenstein a proposé une autre explication : les ferments pancréatiques qui refluent dans l'estomac après l'anastomose gastro-intestinale s'attaqueraient, d'après lui, à la tumeur. « Les améliorations qui se prolongent pendant plusieurs années dans les carcinomes inextirpables, doivent peut-être, dit-il, être rapportées à l'action de la trypsine qui, refluant dans l'estomac, digèrerait la surface interne de la tumeur ; de là résulterait un arrêt dans le développement du cancer pour un certain temps ».

Des nouvelles et nombreuses recherches sont encore nécessaires pour infirmer ou confirmer ces façons de voir.

Quant à nous, nous ne tirerons de cette discussion que la conclusion qui s'impose : les observations publiées plus haut, prouvent d'une façon absolue, qu'il peut y avoir parfois une survie excessivement longue après une gastro-entérostomie pour une sténose pylorique réellement cancéreuse, et que cette survie peut attendre 4 ans 7 mois comme chez le malade de M. Lion, 5 ans même, comme chez celui de Nordmann.

*
* *

Survie prolongée : cancer improbable. — Mais que penser des cas où la survie est plus longue, encore, où dépassant 5 ans, elle atteint 6, 7, 8 ans et plus ? Pouvons nous admettre que ces faits appartiennent encore au cancer ?

Nous manquons de criterium. Aucune observation précise avec examen nécropsique, n'est venue, comme pour les faits précédents, faire la preuve de la nature cancereuse de l'affection. On n'est cependant pas en droit de rejeter a priori du cancer, toutes ces survies qui dépassent 5 ans, car ce qui est invraisemblable aujourd'hui peut ne pas l'être demain, et l'avenir nous montrera peut-être l'existence d'évolution, plus lentes encore. Il est probable toutefois que plus on s'éloigne de l'époque à laquelle la gastro-entérostomie a été pratiquée, moins il y a de chance pour que le diagnostic de néoplasme soit exact.

A quelles affections, le diagnostic étant considéré comme erroné, y a-t-il lieu de penser ? Il en est tout au moins 3 principales que nous examinerons successivement :

L'ulcère ancien à bords indurés et saillants ou ulcère calleux ;

La syphilis stomacale ;

La tuberculose sténosante du pylore.

I. — Ulcère calleux.

Cliniquement, l'ulcère calleux se distingue assez facilement du cancer. Le diagnostic repose alors surtout sur l'étude du chimisme stomacal. Nous savons bien que dans certains cas d'ulcère ancien, les lésions de la muqueuse peuvent évoluer, arriver à l'atrophie, comme l'a montré M. Hayem, et que l'hyperpepsie du début peut faire place à l'hypopepsie, l'apepsie même, — type chimique qui se confondrait alors avec celui du cancer. Mais pour qu'un ulcère devienne calleux et entraîne d'une façon progressive une sténose du pylore, il faut qu'il provoque autour de lui de la périgastrite adhésive, qu'il soit par conséquent en pleine activité et non pas à la phase avancée à laquelle on peut rencontrer l'abaissement du type chimique.

Il est donc probable que dans les faits de cet ordre un examen clinique sérieux permettra presque toujours d'éviter la confusion.

Dans un autre sens, nous savons que chez certains cancéreux le chimisme peut être encore élevé et que même chez les malades atteints d'ulcéro-cancer on peut trouver de l'hyperpepsie et de l'hyperchlorydrie. Mais en pareil cas, si l'on commettait une erreur de diagnostic, ce serait en sens inverse, et cette erreur se ferait en faveur de l'ulcère.

Sur la table d'opération, les lésions sous l'œil du chirurgien, le diagnostic différentiel entre l'ulcère calleux et le cancer, est souvent particulièremeut malaisé.

Comment se présentent en effet les lésions après l'incision abdominale ? (1)

S'il s'agit d'un estomac à teinte généralement assez pâle, avec une tumeur pylorique plus ou moins volumineuse, faisant saillie sous la séreuse sous forme de bourgeons arrondis, mamelonnés, parfois mûriformes, tranchant sur les tissus sains par leur couleur non uniforme : gris-rosé ou blanc-jaunâtre ; si de plus, cette tumeur a une consistance ferme, le diagnostic de cancer s'impose presque.

Parfois ces bourgeons sous-péritonéaux ont un aspect colloïde, — caractéristique d'un épithelioma à cellules muqueuses.

Mais l'hésitation commence quand on a affaire à une tumeur sans infiltration ou avec légère infiltration des parois, avec adhérences plus ou moins étendues, avec ganglions plus ou moins nombreux.

Dans ce cas il faudra prendre en considération les points suivants :

1° *La grandeur de la tumeur.* — L'ulcère calleux peut parfois former une masse indurée assez volumineuse, surtout quand il y a adhérences nombreuses et infiltration étendue ; mais ordinairement il est de grandeur moyenne, plus petit que les carcinomes que l'on voit

(1) Nous ferons cette description d'après Cunéo et surtout Kausch.

généralement dans les laparatomies, c'est-à-dire les carcinomes déjà avancés dans leur évolution.

2° *La consistance.* — Le carcinome est en général de consistance ferme ; cependant, si l'ulcère en voie d'évolution ne forme pas de tumeur perceptible à la palpation externe, les ulcères anciens sont parfois tout aussi durs que le cancer. L'ulcère pénétrant surtout, pour employer la dénomination de Tuffier, et en particulier l'ulcère propagé au pancréas, peuvent en imposer par leur dureté pour un cancer.

3° *Les limites de l'induration.* — Dans le cancer les contours de la tumeur sont plus ou moins diffus, dans l'ulcère ils sont plus nets.

4° *Aspect de la séreuse.* — Une séreuse injectée plaide plutot en faveur d'un ulcère. il en est de même si elle porte des cicatrices, surtout des cicatrices étoilées.

Y a-t-il un semis de petits nodules sur le péritoine, le diagnostic de cancer s'impose.

Les ganglions. — L'état des ganglions n'a pas de grande valeur diagnostique.

a) *Volume.* — Des ganglions hypertrophiés peuvent s'obsérver aussi bien dans l'ulcère que dans le cancer, dans les ulcères d'une certaine étendue en particulier. Cependant l'absence de tout engorgement ganglionnaire n'est pas en faveur d'un néoplasme ;

b) *Consistance.* — Des ganglions indurés font penser au cancer, il peut cependant y avoir des ganglions car-

cinomateux à consistance plus ou moins molle. — De plus, même dans le cancer ulcéré, on peut trouver des ganglions purement inflammatoires. Un aspect irrégulier à la coupe, est plutôt l'apanage du cancer, mais n'exclut cependant pas l'ulcère.

6e *L'ascite.* — S'il y a du liquide dans le péritoine, même en quantité minime, c'est qu'il y a cancer.

Cette rapide analyse des éléments du diagnostic opératoire, montre bien qu'il est parfois impossible au chirurgien, de différencier à l'œil nu et au palper, une tumeur maligne d'un ulcère ancien. D'autre part, cette analogie si grande qui existe dans les caractères macroscopiques de certains ulcères calleux et de quelques cancers, explique pourquoi la plupart des auteurs qui se sont occupés des survies prolongées après une gastro-entérostomie pour une affection étiquetée cancereuse, ont tendance à les rapporter, toutes ou presque toutes, à l'ulcère calleux. Cela nous paraît exagéré, car il est des cas qui doivent surement relever de la syphilis stomacale ou peut-être même de la tuberculose.

II. — Syphilis stomacale

La syphilis (1) de l'estomac est une affection rare. Assez souvent elle ne donne lieu à aucun symptome caractéris-

(1) Nous extrayons les éléments de ce paragraphe d'un travail de M. Lion paru dans le *Paris-Médical* en juin 1911 et que notremaître a bien voulu confier.

tique et n'est qu'une trouvaille d'autopsie. Dans les cas où elle se traduit par des troubles gastriques, elle se présente cliniquement sous deux formes principales : l'ulcère spécifique et la sténose syphilitique avec ou sans tumeur palpable. Ces deux variétés de la syphilis gastrique simulent fréquemment la maladie de Cruveilhier d'une part, du cancer de l'autre. Nous ne nous occuperons ici que de la sténose pseudo-cancéreuse.

Cliniquement, elle donne souvent le tableau typique du cancer : l'appétit est diminué, parfois électif, il y a des douleurs après les repas, des vomissements abondants, répétés. Comme dans toutes les sténoses, l'état général s'altère rapidement.

Le chimisme comme l'a montré M. Hayem est assez variable. Il est cependant des cas où l'analyse du liquide résiduel et du contenu de l'estomac après un repas d'Ewald, montre tout comme dans le cancer, l'existence d'un type hypopeptique, apeptique même, avec fermentations anormales prononcées.

Comment dans ces conditions ne pas confondre cliniquement une affection avec l'autre ?

On a dit qu'il fallait ici tenir grand compte des commémoratifs. Evidemment. Mais d'une part, il ne suffit pas qu'un malade ait eu la syphilis pour qu'on puisse rapporter à cette affection toute lésion grave de l'estomac ; — d'autre part, la syphilis stomacale étant ordinairement un accident tertiaire, peut survenir jusque 40 ans après le chancre (Hayem) et rien dans l'histoire

du malade peut n'attirer l'attention du médecin sur la syphilis.

Donc, dans certains cas, le diagnostic différentiel entre une sténose cancéreuse du pylore et un rétrécissement d'origine syphilitique, est cliniquement fort malaisé, sinon impossible.

Et sur la table d'opération ? Ce diagnostic n'offre pas moins de difficultés. Ce sont en effet ces cas qui se présent au clinicien avec le tableau typique du cancer qui, après la laparatomie, en imposent au chirurgien pour une sténose maligne. Ici aussi, l'opérateur peut se trouver devant une tumeur du pylore assez volumineuse, dure, à limites plus ou moins nettes, envahissant parfois sur une plus ou moins grandes étendue la petite courbure, les parois antérieure et postérieure de l'estomac ; ici aussi, il peut y avoir des adhérences aux organes voisins, des ganglions hypertrophiés, indurés. Ces lésions n'ont rien de caractéristique ; et pas plus que les symptômes cliniques, l'aspect anatomique de l'estomac ne permet toujours de distinguer si l'on a affaire à un néoplasme ou à une tuméfaction de nature spécifique.

Un malade de M. Hayem avait été opéré pour une sténose diagnostiquée cliniquement, de nature maligne. Le ventre ouvert, le chirurgien crut en effet qu'il y avait cancer et fit une gastreciomie partielle. Examinée au point de vue histologique, la pièce permit de constater qu'il s'agissait non d'un cancer, mais d'un syphilome.

Ces erreurs ne sont pas rares. L'observation suivante

montre d'une façon saisissante que la confusion entre le cancer et la syphilome est parfois vraiment impossible à éviter.

Voici cette observation :

OBSERVATION IX (1) (Due à l'obligeance de M. Lion)

Sténose du pylore ; gastro-entérostomie ; vit encore 8 ans après l'opération

Ou..., garçon de magasin, âgé de 39 ans, entre à l'hôpital le 15 juin 1903, salle Rostan.

Antécédents. — Père mort à 72 ans, asthmatique. Mère morte à 55 ans d'une affection pulmonaire aigüe. A eu 4 frères et sœurs, dont une sœur morte à 15 ans (maladie de cœur, paralysie) et une autre morte à 30 ans, les deux autres étant bien portants actuellement. Marié, sa femme est bien portante, et il a deux enfants également bien portants. Sa femme a fait deux fausses couches lors de sa première et sa 4e grossesse.

Malgré une constitution plutôt faible, le malade s'est toujours bien porté, il n'a pas eu de maladie grave. A l'âge de 17 ans, il eut un écoulement urétral et un bouton sur la verge, il prit de la liqueur de Van Swieten et des pillules mercurielles. Depuis ce moment il n'eut aucun accident. Il buvait environ trois litres de vin par jour et en moyenne un à deux petits verres d'alcool, des apéritifs (amers, absinthe) de temps en temps.

(1) La première partie de cette observation se trouve dans la thèse de Vinceneux.

Début de la maladie. — Il y a dix mois le malade éprouva quelques troubles gastriques : sensations d'étouffement après avoir mangé, — et intestinaux, débâcles liquides sans traces de sang où il aurait reconnu parfois des débris de légumes. Il fut mis au régime dyspeptique qu'il continua sans incidents pendant six mois. Il y a trois à quatre mois le malade eut à nouveau de la diarrhée, il allait à la selle deux ou trois fois par jour, et se plaignit de souffrir après avoir mangé. A cet état succéda une constipation opiniâtre.

Il y a trois semaines, le malade eut des vomissements se reproduisant après tous les repas. Rapidement il se mit à vomir tout ce qu'il ingérait. Il reconnaissait ainsi des aliments pris par lui deux et trois jours auparavant. L'appétit a graduellement diminué depuis deux mois ; l'anoréxie est devenue complète depuis que les vomissements sont apparus. Cependant il n'existe pas de dégoût particulier pour aucun aliment. Le malade a maigri de 16 livres environ depuis deux mois.

Etat actuel. — Le malade paraît amaigri, il ne souffre pas, mais semble très affecté par sa maladie. La langue est saburrale. A la palpation, on ne découvre aucune tumeur gastrique. On trouve le bruit de clapotage jusqu'au niveau de l'ombilic. Bruit de succussion très fort. L'abdomen est souple, non ballonné. Le foie est abaissé : il va du bord inférieur de la 6^{e} côte à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Rien à signaler du côté des autres organes. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Réflexes normaux. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

20 juin. — Le malade est resté à la diète lactée depuis son entrée, il a eu de fréquents vomissements. — Du côté de l'estomac, on observe de l'agitation péristaltique. Le malade lui-même éprouve une sensation non douloureuse « comme quelque chose qui se gonfle », au dessous des fausses côtes gauches ; à la suite, le malade entend une sorte de bruissement, « comme quelque chose qui vient de se vider ». Puis il sent du liquide qui remonte jusqu'à la gorge et qui parfois amène une envie de vomir, parfois même il y a rejet de glaires ou de lait caillé.

Avec une insufflation modérée, on voit la limite inférieure de l'estomac descendre à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La petite courbure est manifestement abaissée.

Chimisque gastrique. — Examen du liquide résiduel à jeun le 17 juin 1903.

Le malade a fait la veille un repas composé d'un peu de pain et d'un peu de viande, le lendemain matin, on retire 300 centimètres cubes d'un liquide d'odeur aigrelette, se présentant sous forme de bouillie jaunâtre où l'on reconnaît à l'œil des débris alimentaires, et qui donne à l'analyse les résultats suivants :

A = 0.423	T = 0.365
H = 0.000	F = 0.357
C = 0.008	α = 52.87
H + C = 0.008	T/F = 1.02

Acide lactique et acide butyrique en abondance. Après cette analyse on a fait tous les matins un lavage d'estomac.

Le 19 au soir, nouveau lavage. Il fait ensuite un repas composé de très peu de pain et d'une petite quantité de viande. Le lendemain matin on retire de l'estomac à jeun 2 à 300 cc. de liquide chargé de pain. Puis on donne le repas d'épreuve Au bout de 60 minutes, on retire à volonté du liquide contenant du lait caillé, et donnant à l'analyse :

A = 0.094	T = 0.189
H = 0.000	F = 0.175
C = 0.014	α = 6.71
H + C = 0.014	T/F = 1.08

Présence de peptones. Acide lactique et acide butyrique.

Jusqu'au 39 juin le malade reste sommis aux lavages d'estomac, il s'alimente difficilement, car il vomit quotidiennement à plusieurs reprises.

Il passe en chirurgie, il pèse la veille de l'opération 42k. 700.

Opération. -- Le professeur Terrier pratique le 7 juillet une gastro-entérostomie postérieure, procédé de Von Hacker ; on a découvert un néoplasme du pylore assez limité quoique envahissant la petite courbure et entouré de nombreux ganglions.

Les suites de l'opération ne sont marquées par aucun incident.

Les fonctions digestives et intestinales s'accomplissent normalement, le malade a de l'appétit.

29. -- Poids : 46 kilogrammes, et le 4 août il va passer une quinzaine de convalescence à Vincennes.

11 juin 1906. — O..., paraît en excellente santé, il pèse 51 kilog 500 et raconte qu'il n'a plus souffert de l'estomac depuis son opération. Dès sa sortie de Vincennes, il s'est remis au

travail chaque jour de 4 heures du matin à 6 heures du soir. Il ne suit pas de régime spécial, il digère bien et va régulièrement à la selle. La langue est humide, rosée. La cicatrice sus-ombilicale est à peine visible. A la palpation, on ne peut trouver aucune tumeur. Le rein droit est ptosé au 2e degré. La limite inférieurs du foie est perceptible à la palpation et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et demi ; le lobe gauche est légèrement hypertrophié ; matité verticale, au plessigraphe 13 centimètres. Petits ganglions dans les deux aines. Après ingestion d'un verre de lait, on ne peut déterminer ni bruit de clapotage, ni bruit de succussion. L'insufflation légère montre que la petite courbure est abaissée, mais on ne peut pas déterminer nettement la limite inférieure de l'estomac.

18. — On pratique l'examen par la sonde : le tube n'est pas toléré, à jeun et 60 minutes après le repas d'épreuve on ne peut retirer que 7 à 8 centimètres cubes d'un liquide légèrement verdâtre sans traces d'aliments. On propose un traitement spécifique que refuse le malade qui se trouve en parfaite santé et ne juge avoir besoin de suivre aucun traitement.

27 avril 1908. — Malade vient à la consultation.

Etat parfait ; bonne mine, mange et boit de tout sans douleur ; travaille régulièrement de 4 h. du matin à 6 h. du soir.

Examen. — La palpation de la région épigastrique ne révèle rien de particulier. Pas de clapotage, pas de succussion. Foie normal ; rate imperceptible.

Pas de ganglions.

Quelques plaques leucoplasique sur la face interne des joues.

4 mai 1909. — Continue à bien se porter. — Boit et mange de tout. — On ne trouve pas l'estomac.

Poids : 52 kg. 500.

Le malade a été revu par M. Lion le 9 avril 1911. — Va toujours bien. Rien de particulier à l'examen.

Poids : 55 kg.

Voilà donc un cas ou les sympthômes cliniques aussi bien que les constations opératoires plaidaient nettemsnt en faveur du cancer et le malade simplement gastro-entérostomisé en 1903 vit encore en 1911, près de 8 ans après l'intervention, Pouvons-nous maintenir le malade parmi les cancéreux ? Rien ne prouve actuellement qu'une tumeur maligne puisse donner une survie aussi prolongée ; nous devons donc nous demander si le diagnostic de cancer est exact. Peut-on songer ici à l'ulcère ancien ?

« Cette supposition n'est guère acceptable, dit M. Lion dans sa communication à la Société médicale des Hôpitaux (1906), — si l'on considère les résultats du chimisme stomacal qui a révélé l'existence d'une hypopepsie intense avec fermentations anormales considérables (valant 52.87 dans le liquide résiduel et 6,71 dans le liquide extrait 60 minutes après un repas d'Ewald), et la présence constatée par le chirurgien d'une tumeur assez limitée, mais envahissant la petite courbure et entourée de nombreux ganglions. Il est impossible avec de tels résultats de penser à l'ulcère. L'hypothèse d'une

lésion spécifique, le malade étant un ancien syphilitique pourrait seule être discutée. »

Et il en effet fort probable que nous avons affaire dans ce cas à un syphilome.

III. — Tuberculose gastrique (1)

Tout comme la syphilis stomacale, la tuberculose sténosante du pylore est une maladie rare.

Le tableau clinique n'a rien de spécial : c'est une sténose progressive donnant par conséquent le syndrome pylorique de Soupault et Hartmann.

L'étude du contenu de l'estomac à jeun et après un repas d'Ewald ne fournit guère de données caractéristiques. Le liquide résiduel contient des débris d'aliments qui peuvent avoir été ingérés plusieurs jours auparavant. L'odeur de ce liquide est souvent infecte à cause de la présence d'acide butyrique. On y trouve fréquemment du sang.

L'analyse chimique du contenu gastrique après un repas d'épreuve donne des résultats assez variables : il y a tantôt hyperchlorhydrie avec traces d'acide lactique, tantôt hyperchlorhydrie simple, tantôt enfin hypopepsie ou apepsie avec fermentations anormales.

---

(1)) C'est dans le mémoire si intéressant de Ricard et Chevrier sur les sténoses tuberculeuses du pylore. (Rev. de Chir. 1905) que nous puisons les éléments de ce paragraphe.

Le diagnostic étiologique est donc dans ces sténoses singulièrement difficile. Certaines particularités permettraient cependant, d'après MM. Ricard et Chevrier, de poser de diagnostic : 1° les troubles intestinaux. « Ce sont même les seuls symptômes fonctionnels qui donnent à la sténose pylorique tuberculeuse un cachet spécial. » La constipation opiniâtre qui est de règle dans toutes les sténoses est très fréquemment remplacée par la diarrhée. Il ne s'agit pas d'une diarrhée passagère, mais d'une diarrhée « continue, tenace et presque impossible à enrayer » ; 2° les adénopathies multiples, qui sont très fréquentes ; 3° l'absence d'ondulation péristaltique. (Ce 3e signe paraît avoir une moindre valeur diagnostique.)

Ajoutons enfin l'examen du sang : il y a hyperleucocytose dans le cancer et dans la tuberculose, mais dans le cancer, il y a de plus diminution du nombre des globules rouges et surtout des déformations de ces globules.

Sur la table d'opération, le diagnostic de la nature tuberculeuse de la sténose est souvent fort difficile.

La tumeur pylorique se présente sous la forme d'une masse plus ou moins saillante, grisâtre ou gris-blanchâtre, limitée au pylore ou empiétant parfois sur les parois stomacales. Sa surface est ordinairement granitée : ce sont des nodules opâques ayant parfois le volume de petits grains de froment. La consistance de cette tumeur est toujours ferme. Les ganglions péristomacaux sont souvent envahis.

Le péritoine péristomacal est souvent modifié, il existe ce que les auteurs italiens appellent de la « péripylorite » ; la séreuse est épaissie plus ou moins régulièrement. Souvent, la péripylorite revêt la forme d'adhérences solides, unissant l'estomac aux organes voisins.

Comme on le voit, l'aspect macroscopique de ces lésions n'offre rien de bien spécial. Il est cependant dans quelques cas de tuberculose du pylore, un signe d'une valeur diagnostique très importante : c'est l'extension de la tumeur au duodénum. Nous savons que le cancer s'arrête net au sphincter pylorique.

Existe-t-il parmi ces observations de survie prolongée des cas qui sont à rapporter à la sténose tuberculeuse ? Ce n'est pas impossible. Remarquons cependant que si cette confusion a été commise, elle doit être rare. Nous savons en effet aujourd'hui qu'au point de vue des suites opératoires, le pronostic de la tuberculose sténosante du pylore est plus sombre que celui de certains rétrécissements néoplasiques et que la survie en particulier, est parfois moins longue dans la tuberculose que dans le cancer.

* * *

Il nous faut encore signaler ici qu'une vésicule calculeuse, intimement adhérente à la région pylorique et entourée d'une gangue inflammatoire peut également provoquer dans quelques cas, — tout comme les affections dont nous venons de parler, un rétrécissement du pylore

et donner le change sur la nature réelle de la sténose. Ce diagnostic pourrait se discuter pour quelques-unes des observations de survie prolongée publiées.

* * *

De toute cette discussion, il résulte donc que dans les cas qui nous intéressent, des erreurs de diagnostic ont été commises, que parfois même ces erreurs sont inévitables, car, non seulement la clinique ne nous permet pas toujours de distinguer un retrécissement pseudo-cancéreux du pylore d'une sténose néoplasique vraie, mais que même le chirurgien, l'estomac sous les yeux et dans la main, est souvent impuissant à préciser la nature de la tumeur.

D'autre part nous avons vu que parmi ces cas il en est un certain nombre où le diagnostic de cancer est incontestable et qui donnent cependant des survies excessivement longues, survies pouvant atteindre 3, 4 et 5 ans.

Ces faits ont une très grande importance pratique.

Ils montrent que la gastro-entérostomie, opération palliative de premier ordre, doit être tentée dans le plus grand nombre de cas, même dans ceux qui paraissent désespérés. Elle doit l'être, car nous savons que même avec un cancer avéré, elle donne parfois des survies très prolongées, survies que ni l'étude des symtômes cliniques, ni les constatations opératoires ne nous permettent de prévoir.

Elle doit l'être, parce qu'elle peut sauver la vie à des malades qui, porteurs d'une sténose bénigne, sont parfois pris pour des cancéreux et mourraient sûrement de leur sténose si l'on n'intervenait pas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION X. Bramann (cas 8 in Sachtlebeu).

Homme opéré pour carcinome du pylore le 28 novembre 1897. Vivait encore au mois de juin 1901.

OBSERVATION XI. Braun (in Creité n° 65).

Guillaume T..., 43 ans, charpentier, entre le 19 décembre 1902. Souffre de l'estomac depuis plusieurs années ; phénomènes gastriques plus accusés depuis un an. De temps en temps, vomissements alimentaires contenant un peu de sang et survenant peu de temps après les repas. Amaigrissement considérable.

A l'épigastre on perçoit une tumeur volumineuse, dure, bosselée, non mobile. Estomac très dilaté. — Chimisme : Hll libre +, pas d'acide lactique. Poids : 102 livres.

Diagnostic clinique : carcinome du pylore.

Opération le 23 décembre 1902. La tumeur pylorique adhère à la paroi antérieure de l'abdomen. Nombreux ganglions hypertrophiés dans mésocolon. G. E. postérieure. Suites normales. Quitte la clinique le 17 janvier 1903.

Revu le 13 décembre 1904. Ces derniers temps, défécation très difficile. A l'épigastre on sent une tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'un poing. La portion pelvienne de l'anse simoïde est rétrécie par une tumeur qui siège dans le Douglas. Muqueuse intacte.

15 août 1905, mort.

OBSERVATION XII (Chavannaz)

Homme de 67 ans, présenté à la Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux le 22 mai 1908.

Il avait souffert de l'estomac depuis l'âge de 8-10 ans. A 40 ans avait du se mettre au régime lacté et avait conservé ce mode d'alimentation pendant 21 ans. Malgré ce régime sévère, douleurs stomacales très vives et vomissements étaient apparus.

Entré dans le service de Monjour. Traitement médical ne procure aucune amélioration.

C'est dans ces conditions et avec un diagnostic hésitant entre cancer et ulcère pylorique, que nous sommes intervenus le 20 septembre 1902.

Le ventre ouvert, la région pylorique présentait une induration de quelques millimètres de largeur, les ganglions étaient augmentés de volume.

Diagnostic opératoire était resté douteux.

G. E. post. Suites normales.

Depuis l'opération plus de troubles digestifs, et depuis sa sortie de l'hôpital, l'opéré a repris le régime ordinaire, mangeant de tout sans en être incommodé.

Clinique Czerny

OBSERVATION XIII (*Czerny*)

M. P. (1) 60 ans, cancer du pylore diagnostiquée cliniquement comme inopérable.

Opération le 1 septembre 1892, tumeur bosselée, dure, adhérente. Nombreux ganglions hypertrophiés dans le voisinage.

Diagnostic opératoire, carcinome inextirpable — G. E.

Amélioration rapide, avant l'intervention pesait 92 livres, quelques temps après, 132.

S'est présenté à la clinique le 29 juillet 1895, jouit d'une très bonne santé, mange de tout sans trouble, boit du vin, de la bière, fume beaucoup. Les brûlures et les douleurs ont complètement disparu. Les selles sont régulières.

A l'examen, l'estomac parait un peu ptosé ; pas de tumeur perceptible à la palpation.

Son médecin écrit le 19 septembre 1906 que le malade vit encore ; depuis son opération, mange et digère bien.

OBSERVATION XIV (in Daneel, obs. 8)

Louis P..., fabricant. G. E. le 28/7 1898. pour une tumeur siègeant sur la petite courbure et s'entendant sur le pylore.

Le malade écrit le 1er fév. 1907 : « Mon état de santé est satisfaisant. J'ai bon appétit, mais je ne supporte ni les plats sucrés, ni les aliments acides, ni de bière froide. »

(1) A propos de ce cas Daneel dit : l'observation de ce malade a malheureusement été perdue.

OBSERVATION XV (in Daneel, n° 19)

Ph. V..., 63 ans, agriculteur. Souffre de l'estomac depuis 1 an : renvois abondants, vomissements bilieux fréquents, n'ayant jamais contenu de sang. Amaigrissement rapide.

A la palpation on perçoit dans la partie droite de l'épigastre, une tumeur dure, peu mobile. Estomac dilaté.

Opération le 28 nov. 1898. Tumeur se présente sous la forme d'une masse volumineuse dure, située dans la région de la vésicule biliaire et fixée en bas. Probablement cancer primitif de la vésicule ou des voies biliaires. G. E. postérieure,

Dernières nouvelles : 10 août 1906. Va toujours bien.

OBSERVATION XVI (in Daneel, n° 114)

B. N..., 48 ans. Troubles gastriques depuis 3 ans : douleurs, pesanteur, renvois acides. Il y a 3 ans, aurait eu des vomissements noirâtres.

Estomac dilaté. Au-dessus de l'ombilic zone de résistance à surface inégale. Après un repas d'épreuve, liquide abondant contient un peu de sang ; H fort, pas d'acide lactique.

Opération août 1902 : au niveau de la petite courbure et sur la paroi antérieure un retrécissement de la grandeur d'un thaler d'où estomac en sablier. La tumeur s'étend jusqu'au cardia et perfore le mésocolon transverse sur une surface grande comme une pièce 0 m. 50.

Revu le 23 janvier 1907, -- Travaille depuis sa sortie ; mange de tout sans aucun trouble. A l'examen : estomac dilaté et ptosé, un peu de stase gastrique.

OBSERVATION XVII (in Daneel n° 134)

Charles M..., 54 ans, mécanicien. G. E. 2 avril 1903 ; cancer de la petite courbure adhérent au pancréas ; nombreux métastases ganglionnaires.

On communique le 5 décembre 1906 de la clinique de Bâle où le malade avait été admis : après l'intervention, état de santé satisfaisant. Actuellement : teinte jaunâtre de la peau, coloration sub-ictérique des conjonctives. Dans l'épigastre, tumeur diffuse bosselée, dure, abhérente à la cicatrice. La peau est légèrement rouge au niveau de la tumeur et à travers de la cicatrice une fistule pénètre jusque dans la tumeur; de cette fistule suinte un liquide, mais pas de suc gastrique.

OBSERVATION XVIII (in Daneel n° 143)

Louise M..., 63 ans, souffre de l'estomac depuis de nombreuses années, vomissements, amaigrissement, légère insuffisance motrice ; hypopepsie ; résistance dans la région épigastrique.

Opération le 8 août 1903. Estomac dilaté et hypertrophié, au niveau du pylore une tumeur grosse comme une noix adhérente aux tissus voisins. Carcinome probable. G. E. V. Hacker.

Malade vivait encore en décembre 1906.

OBSERVATION XIX Dreydorff

Pierre D, 50 ans. Souffre de l'estomac depuis un an : anorexie, douleurs continues avec exacerbations après les repas, renvois acides fréquents, quelques vomissements, constipation. Amaigrissement rapide.

A l'inspection, au dessus et à droite de l'ombilic une zone proéminente. A la palpation : masse du volume d'un œuf de poule, ferme, peu mobile. Hypopepsie avec fermentations anormales. Diagnostic clinique : sténose cancéreuse du pylore.

Opération le 25 janvier 1893. — Estomac très dilaté, sur la face postérieure du pylore une tumeur du volume d'une pomme, dure, bosselée, avec prolongement dans le pancréas. G. E. d'après v. Hacker.

Revu fin 1901. (1) Souffre de nouveau depuis octobre 1900 à droite de l'ombilic, on sent une résistance diffuse.

Mort 18 mai 1902.

OBSERVATION XX Engelken

M. F... 47 ans, souffre de l'estomac depuis 14 ans, Depuis quelques semaines vomit après les repas et dans la nuit.

Tumeur palpable dans l'épigastre, estomac clapote ; foie un peu hypertrophié. Stase alimentaire ; après repas d'épreuve HCL +, A = 18, acide lactique +.

(1) Cette partie de l'observation se trouve in Dancel.

Opération le 18 mai 1901. — Au niveau du pylore, tumeur dure et se continuant avec la vésicule biliaire ; celle-ci est dure, remplie de calculs. Nombreux ganglions. G. E. von Hacker.

Revu le 20 janvier 1907. Va bien ; pas de tumeur perceptible ; après un repas d'épreuve : pas d'HCL libre, acide lactique : +.

OBSERVATION XXI. Marwerdel (in Daneel n° 31.)

H..., 80 ans, une hématemese. — Depuis six semaines : douleurs, pesanteur, vomissements à jeun, céphalée, malaises.

Stase gastrique ; après un repas d'épreuve, pas d'Hcl libre, mais acide lactique ; dans l'hypochondre droit, on perçoit une tumeur du volume d'une petite pomme, dure, bosselée, immobile.

Diagnostic clinique : Sténose cancéreuse du pylore.

Opération le 29 juin 1899. Un peu de liquide dans le péritoine. Estomac très dilaté ; sur pylore tumeur dure, bosselée ; le pylore est fixé en arrière ; la tumeur s'étend le long de la petite courbure. G. E. d'après von Hacker.

Son médecin écrit en décembre 1906 que le malade va bien.

OBSERVATION XXII. Mündler.

Début, il y a 7 ans : pesanteur, brûlures après repas. Il y a 2 ans, aggravation : douleurs intenses, vomissements 2-3 fois

par jour. Amaigrissement. En février une hématemese, mœlena ; incontinence gastrique presque absolue ; douleurs très vives.

Estomac dilaté ; tumeur du volume d'un œuf, irrégulière dans épigastre. Hypopepsie avec fermentations prononcées.

Opération le 30 novembre 1893. Au pylore tumeur bosselée du volume d'un poing qui prend son point de départ sur la petite courbure et envoie un prolongement dans le pancréas. Nombreux ganglions. G. E.

Vivait encore fin mai 1900 (Daneel). Impossible d'avoir de ses nouvelles en 1906.

OBSERVATION XXIII Pétersen (n° 121 in Daneel)

G. O..., 48 ans, serrurier. Depuis 20 ans, troubles gastriques : pesanteur, renvois. Depuis 1 an ne peut plus travailler. Depuis 6 mois, lavages d'estomac : dans ceux-ci, à plusieurs reprises, masses brûnâtres.

Examen. — Dans hypochondre gauche, une zone de résistance, douloureuse à la pression. Estomac dilaté. A jeun : liquide résiduel abondant, après repas d'épreuve Hcl + ;

Opér. 10 octobre 1902 (Pétersen). Carcinome de la petite courbure G. E.

Revu le 24 janvier 1907. Aucun trouble. A jeun : un peu de liquide bilieux. Après repas d'épreuve : débris de pain reconnaissables dans liquide, Hcl +

OBSERVATION XXIV Steudel

Charles M..., volumineuse tumeur de la petite courbure, nombreux ganglions métastatiques dans l'épiploon et le mésocolon. G. S. d'après Wolfler, le 23 septembre 1895. Vivait encore fin mai 1900. Depuis plus de nouvelles.

OBSERVATION XXV Steudel

Jules Tr..., carcinome, du pylore. Le 2 mars 1897 G. E. postérieure.

Le 11 juillet 1897, on tenta de reséquer la tumeur, mais on doit refermer le ventre, l'accroissement du cancer ne permettant plus son extirpation.

Le malade est mort le 20 mai 1899.

OBSERVATION XXVI Vœlcker (n° 197 in Danecl)

Albert K., 34 ans, souffre depuis 1 an. Amaigrissement. Dans l'épigastre : tumeur de la grandeur d'un œuf de poule. Estomac dilaté. A jeun, liquide résiduel abondant. Ni Hcl, ni acide lactique.

Opération le 15 août 1905 (Vœlcker). Au pylore tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Le long de la grande et de la petite courbures, dans grand épiploon, nombreuses métastases ganglionnaires.

Revu 20 janvier 1907. A recommencé à travailler 5 semaines après sa sortie. Aucun trouble. Un peu de liquide résiduel avec débris alimentaires. Après repas d'épreuve Hcl+.

OBSERVATION XXVII v. Eiselsberg (in Clairmont n° 33)

Femme de 51 ans ; troubles gastriques depuis 8 ans. Epigastre très sensible. Hypopepsie, traces d'acide lactique. Bacilles longs en grande quantité.

Opération le 29 mai 1897 : au niveau du pylore tumeur mal limitée, gros ganglions le long de la petite courbe. G. E.

Revue en 1905. Etat satisfaisant.

OBSERVATION XXVIII Godart-Danhieux

Il s'agit d'une malade qui était venu consulter plus de 2 ans auparavant pour des troubles gastriques divers, diarrhée, vomissements. Dans la région épigastrique, on sentait une tumeur de la grosseur d'un œuf. — G. E. en septembre 1904.

Actuellement (juillet 1906) la tumeur a augmenté de volume, contracté des adhérences. L'état général sans être très mauvais, baisse cependant, il maigrit ; hémorragies intragastriques que l'on peut constater en faisant un lavage d'estomac.

OBSERVATION XXIX Heldebrand (in thèse Seldowitch)

A..... instituteur, depuis 5 ans, troubles gastriques : crampes douloureuses 4-5 après repas. Vomissements alimentaires depuis 2-3 ans. A maigri de 30 livres en 5 ans. A droite et au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Hcl+, acide lactique : traces.

Opération le 12 juillet 1905. Tumeur du pylore, dure, s'étendant au duodénum, au pancréas. Nombreux ganglions.

22 avril 1909. — Etat parfait. A engraissé jusqu'à cette date de 43 livres.

OBSERVATION XXX Kappeler

Ther..., cuisinière. Opérée le 14 mars 1896 pour carcinome du pylore, souffrait depuis 3 ans. G. E. antérieure. Amélioration rapide.

Vit encore au début de 1898 ; travaille toujours comme cuisinière.

OBSERVATIONS XXXI, XXXII, XXXIII

(Dues à l'obligeance de M. Lapeyre)

I. — Homme de 47 ans. Sténose pylorique cliniquement très nette. Opération avril 1906, cancer du pylore ; G. E. postérieure.

Mort février 1911. Cancer abdominal.

II. — Infirmier 44 ans. Sténose du pylore. Opéré février 1907, cancer du pylore ; G. E. postérieure.

Vit à l'heure actuelle avec crises gastriques de temps à autre.

III. — Homme de 55 ans. Sténose nette. Etat général déplorable. Opéré août 1908, cancer du pylore,

Mort avril 1911.

OBSERVATION XXXIV Lauwers

J. D., 43 ans accuse violentes douleurs et vomissements rebelles à tout traitement.

Cancer du pylore et de la face postérieure de l'estomac.

Le 21 novembre 1898. G. E. rétrocolique. Suites ultérieures : cette opérée a été bien portante et a pu travailler pendant plus de 1 an 1/2. Survie totale : 2 ans.

OBSERVATION XXXV Lauwers

M. D..., 51 ans, dilatation d'estomac, vomissements, pas d'Hcl.

Opération le 4 septembre 1906 : volumineux néoplasme du pylore, nombreux ganglions.

Pendant 2 ans état parfait, dernières nouvelles fin octobre, disent que cette malade a dû cesser son travail et s'aliter.

OBSERVATION XXXVI Lauwers.

J. D. 56 ans, estomac très dilaté, vomissements incessants, maigreur squelettique. 11 juin 1901. G. E. ant. pour cancer du pylore adhérent à la face inférieure du foie. Guérison opératoire.

Suites ultérieures : convalescence pénible pendant 99 semaines, puis santé parfaite pendant plus de 2 ans. Survie totale : 3 ans.

OBSERVATION XXXVII Lauwers.

M. P. 52 ans, alcoolique invétéré, antécédents d'ulcère. Au pylore tumeur allongée en boudin, bosselée, juteuse. Parois de l'estomac infiltrées, épaisses. G. E en S. 13 octobre 1903. Guérison opératoire. Suites parfaites pendant près de 3 ans : a repris ses habitudes de noceur et de buveur. Survie totale : 4 ans.

OBSERVATION XXXVIII Mikulicz.

D. X..., 50 ans, opéré le 13 janvier 1893 pour carcinome du pylore. Souffrait depuis 6 mois. Amélioration rapide.

2 ans après, état presque parfait. Mort 14 avril 1895.

OBSERVATION XXXIX Mizokuchi (clinique prof. Ohmori)

3 juin 1889. — Homme de 48 ans. Depuis l'âge de 20 ans, douleurs dans la région épigastrique et malaises. Il y a 3 ans, douleurs plus vives, vomissements pendant 2-3 semaines. Depuis janvier 1899, sensation de plénitude ; vomissements, qui étaient revenus, sont abondants, fréquents. Au mois d'avril une selle noirâtre et vomissements marc de café.

Epigastre sensible, pas de tumeur perceptible à la palpation. Estomac dilaté.

Opération 9 juillet. -- G. E, antérieure. Au pylore une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, pas de métastose, pas d'adhérences aux organes voisins. Pour ménager l'anastomose gastro-intestinale, on fait une jéjunostomie ; 30 jours après on ferme la fistule ainsi créée et 2 mois après le malade quitte la clinique.

10 octobre 1905. -- D'après les dires du malade son état de santé depuis l'intervention a été satisfaisant jusqu'à la fin 1904. Depuis le printemps son état s'altère graduellement ; ne peut plus travailler.

Il est très amaigri, le ventre est irrégulièrement ballonné, un peu d'ascite ; dans la région épigastrique on perçoit une tumeur non mobile. Serait mort le 6 octobre.

OBSERVATION XL

25 septembre 1902. -- Homme de 53 ans, souffre de l'estomac depuis 3 ans. Depuis le début de l'année les troubles di-

gestifs sont plus accusés ; de plus, vomissements et sensation de plénitude. Les vomissements contiennent des aliments et des masses noirâtres, marc de café.

Pas de tumeur perceptible à la palpation.

Opération le 30 octobre. La tumeur siégeait au pylore et empiétait sur la petite courbure.

Malade est revu le 28 août 1905. Plus de troubles gastriques. Quelques douleurs. Dans la région épigastrique on perçoit une masse dure.

OBSERVATION XLI Montprofit

G. femme, opérée le 26 juillet 1900. Diagnostic chirurgical : néoplasme volumineux du pylore. G. E. post. v. Haecker.

Résultats immédiats : guérison.

Résultats éloignés : Evolution lente. Survie 3 ans.

OBSERVATION XLII Montprofit

M.... homme, opéré le 26 octobre 1900. Gros néoplasme adhérent à la paroi abdominale. G. E. post. v. Hacker.

Guérison apparente.

Revu en Juillet 1902. Bon état. Récidive du cancer en novembre 1901. Survie 2 ans.

OBSERVATION XLIII Nordmann

K. H. 36 ans, entré le 17 mai 1896. Souffre de l'estomac

depuis 3 ans, vomissements fréquents. Amaigrissement considérable. Etat cachectique.

Examen : L'estomac n'est pas dilaté ; pas de tumeur perceptible. Dans le contenu gastrique HCL libre, traces d'acide lactique.

Opération le 18 mai 1896 : cachée sous le lobe gauche du foie, une tumeur du pylore dure, arrondie, complètement immobile, parce que fortement adhérente aux organes voisins.

G. E. d'après Wolfler. — Suites normales, malade quitte l'hôpital 3 semaines après l'opération. Avant sa sortie l'analyse du contenu gastrique avait montré la présence d'Hcl libre.

Malade est revu pour la dernière fois le 25 septembre 1901. (5 ans 4 mois après l'opération). Il raconte que pendant très longtemps il se sentit très bien, n'avait jamais plus vomi depuis qu'il avait été opéré.

OBSERVATION XLIV. Rosenheim.

Présentation à la Soc. Méd. de Berlin (4 nov. 1896) d'une malade opérée il y a 3 ans d'un carcinome du pylore.

Avant l'opération, signes fonctionnels d'une sténose grave ; petite tumeur, mobile, dans région épigastrique. Amaigrissement rapide et considérable.

Opération juin 1894 par le professeur Hahn. Intervention radicale impossible par suite du volume de la tumeur pylorique qui avait pénétré jusque dans le duodenum et infiltrait d'une façon diffuse les parois de l'estomac. G. E.

Depuis l'intervention la malade s'est maintenue en excel-

lent état jusqu'à ce jour malgré que la tumeur augmente lentement.

Actuellement cette tumeur a un volume considérable, autant qu'il est possible de s'en rendre compte par la palpation, elle parait infiltrer la plus grande partie de la paroi stomacale.

La malade ne peut prendre que de petites quantités d'aliments à la fois; travaille cependant et accuse relativement peu de symptômes subjectifs.

OBSERVATION XLV Tixier (ob. LII Bressot).

Th. P..., 42 ans, sténose du pylore G. E. postérieure février 1906, vivait encore en novembre 1908.

A l'intervention, on avait trouvé au niveau du pylore une masse cancéreuse adhérente au foie.

15 mars 1906, malade quitte l'hôpital.

Décembre 1906. Aspect général excellent ; a augmenté de poids ; mange de tout : ne doit pas boire trop de liquide.

Pas de constipation. Plus de vomissements. Léger clapotage.

Octobre 1907. Même état excellent.

Novembre 1908. Va parfaitement bien, aucun trouble digestif.

CONCLUSIONS

1° De 6 à 8 mois en moyenne, la durée de la survie à la suite de la gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse du pylore, ne dépasse guère 18 mois à 2 ans.

2° Il existe toutefois un certain nombre de faits qui montrent que cette survie est parfois notablement plus longue et peut atteindre 4, 5, 6, 8 et 14 ans.

3° Parmi ces faits de longue survie, il en est qui appartiennent bien réellement au cancer.

Nous possédons pour le démontrer 6 observations où l'examen nécropsique et aussi le plus souvent l'étude histologique, sont venus faire la preuve de la nature de la maladie.

On peut ainsi affirmer d'une façon absolue que des malades gastro-entérostomisés pour un cancer du pylore, peuvent survivre 3, 4, 4 1/2 et 5 ans après l'opération.

4° Passé 5 ans, la preuve de la nature cancéreuse réelle de la tumeur n'a jamais été faite.

Il est probable que plus on s'éloigne de l'époque à laquelle la gastro-entérostomie a été pratiquée, plus le diagnostic de néoplasme est révocable.

Il faut parmi ces faits, faire vraisemblablement la part de l'ulcère calleux, de la syphilis et peut-être de la tuberculose.

5° La longue survie dans certains cas de cancer avéré et la possibilité d'erreurs de diagnostic presque inévitables, viennent, après les effets palliatifs que l'on sait pouvoir en attendre, légitimer la pratique de la gastro-entérostomie dans les cancers pyloriques non extirpables.

Vu : Le Président de Thèse :
P. DELBET.

Vu : Le Doyen :
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Alsberg. — Casuistische Beitrage zur Chirurgie des Magencarcinoms. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1896 p. 124.

W, Bettmann. — Revue de Chirurgie 1910 T. I page 121.

Bressot. — Thèse de Lyon 1909.

Chavannaz. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux 1908 p. 368.

Clairmont. — Bericht über 258 von Prof. v. Eiselsberg ausgeführte Magnoperationen. —v. Langenbecks Arch. 1905 T. 76 p. 180.

Creite. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1908 T. 94 p. 471.

Czerny. — 2e Congrès International de Chirurgie, Bruxelles 1908.

Delore et Leriche. — Chirurgie du Cancer gastrique Lyon chirurgical 1909, p. 281, 414.

Godart-Danhieux. — La Policlinique (Bruxelles) 15 juin 1906.

A. Guinard. — Affections chirurgicales de l'abdomen 1910, in traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.

Hahn. — Mediz. Klinische Wochenschrift 1894, pag. 1096.

Harttmann. — Congrès de Madrid 1903. — Congrès de Bruxelles 1908. — Traité des Maladies de l'estomac (Soupault, Hartmann et Linossier). Paris 1900.

Hayem. — Syphilis Stomacale, Presse Médicale 1906 n° 36,

Kappeler. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie tome 44.

Katzenstein — Deutsche Medizinische Wochenvenrift, 1907, page 25.

Kausch. — Handbuch der praktischen Chirurgie von Bergmann-Bruns. Abscheitt : Chirurgie des Magens und Darms. 1907.

Kindl. — Bericht über opérative behandelte Magenerkrankungen. — Bertrâge zùr Kli, Chirurgie 1909. Tome 63, page 56.

Kolbé. — Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical. — Laussanne, 1901.

Lambotte. — Annales de la Soc. Médicale d'Anvers 1908.

Lion. — Société Médicale des Hôpitaux 1906.
Syphilis stomàcale, Paris Médical, 1911.

Mikulicz. — Bericht ûber 103 opérationen am Magen. Archiv für Klin. Chirurgie 1896, tome 51, page 9.

Mizokuchi. — Uber Opérationnen am Magen-Deutsche Zeitschreft für Chirurgie 1909, tome 101, page 53.

Montprofit. — La gastro-entérostomie, Paris 1903. — Archives provinciales de Chirurgie 1905, page 641. Tribune médicale 1906, page 742.

Mündler. — Beitrâge zûr Klinischen Chirur. 1895, T. 14, page 293.

Nordmann. — Zür Chirurgie der Magengeschwülste, Archiv. für Klin. Chirurgie 1904. Tome 73, p. 876.

Ringel. — Beitrâge zûr Klin-Chirur. 1903, T. 38, page 585.

Rosenheim. — Berliner Klinische Wochenschrift. 1896, p. 1053.

Sachtleben. — Thèse de Halle, 1911.

Schônholzer. — Die Chîrurgie des Magenkrebses. Bruns Beitrâge. 1903, p. 162.

Seldowitch. — Beitrâge zûr operativen Behandlûng des Magencarcinoms. Thêse de Berlin. Juillet 1910.

Steudel. — Beitrâge zûr Klinischen Chirur. 1899 T. 23.

Strauss. — Zur Prognose des Pylorus carcinoms nach G. E. Berliner Klinische Wochenschrits 1901 p. 257.

Tixier. — 6 ans de chirurgie gastrique. Lyon chirurgical, mars 1909.

Trouilleur. — Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon 1907 p. 287.

Tuffier. — Chirurgie de l'estomac, Paris 1907,

Vinceneux. — Des indications et des résultats opératoires dans le cancer de l'estomac. Thèse de Paris 1906.

Walther. — Société de chirurgie mars 1910.

Wolfler. — Uber Magen-Darmcarninom. 25e congrès allemand de chirurgie 1896.